FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 2420

REACȚIUNI ANTISOCIALE IN PARALIZIA GENERALA

TEZA

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Prezentată și susținută la 23 Februarie 1926

DE

NICOLAE G. MUMGEEFF

INTERN AL SPITALULUI CENTRAL DE BOLI MINTALE SI NERVOASE
FOST INTERN LA SANATORIUL DE TUBERCULOSI BISERICANI

DĂRUIT de CONSTANTIN C. ANGELESCU

BUCUREŞTI

TIPOGRAFIA „CULTURA“, STR. CÂMPINEANU, 15

1926

Scanned with OKEN Scanner

Decan: D-l Prof. Dr. Th. Ionescu

Profesori titulari:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	Angelescu C.
Chimia medicală	„ „	Athanasescu N.
Clinica chirurgicală infantilă şi ortopedie	„ „	Bălăcescu I.
Anatomia patologică	„ „	Babeş V.
Bacteriologia şi patogenia experimentală		
Istologia normală şi Istogeneza	„ „	Besnea Şt.
Medicina experimentală	„ „	Cantacuzino I.
Clinica ginecologică	„ „	Daniel C.
Clinica a II-a medicală	„ „	Danielopol D.
Anatomia topografică II	„ „	Gerota D.
Clinica şi teoria obstetricală	„ „	Gheorghiu N.
Anatomia topografică I	„ „	Ionescu Th.
Clinica I-a chirurgicală		
Clinica III-a medicală	„ „	Ionescu D.
Clinica III-a chirurgicală	„ „	Juvara E.
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	Jianu A.
Farmacologia şi materia medicală	„ „	Lalu S.
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	Meţianu N.
Clinica boalelor nervoase	„ „	Marinescu Gh.
Clinica infantilă	„ „	Manicatide M.
Igiena şi poliţia sanitară	„ „	Mezincescu D.
Medicina legală	„ „	Minovici M.
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	„ „	Manolescu D.
Clinica I-a medicală	„ „	Nanu-Muscel I.
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „	Nicolau St.
Clinica mintală	„ „	Obregia Al.
Fiziologia umană	„ „	Paulescu N.
Patologia generală	„ „	Proca Gh.
Anatomia descriptivă şi embriologia	„ „	Rainer Fr.
Botanica medicală	„ „	Solacolu T.
Patologia medicală	„ „	Thomescu I. Th.
Clinica terapeutică	„ „	Theohari A.
Zoologia medicală	„ „	Zotta Gh.

PROFESORI AGREGAŢI:

Medicina operatoare	D-l Dr.	Constantinescu C.

Preşedinte: D-l Prof. Dr. OBREGIA AL.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprimă nici aprobare, nici dezaprobare.

Scanned with OKEN Scanner

PREFAŢĂ

Sfârşind viaţa studenţească şi aruncând o privire pe drumul pe care l-am străbătut, gândul meu se îndreaptă recunoscător către aceia care au semănat pe acest drum bunăvoinţa lor.

Ţin cu această ocaziune să aduc expresiunea recunoştinţei mele Domnului Profesor Obrejia pentru deosebita onoare ce-mi face, prezidându-mi această lucrare modestă şi pentru bună-voinţa ce mi-a arătat cât am fost în serviciul Domniei-sale. Respectuoase mulţumiri Onoratului Juriu de promoţie.

D-lui Conferenţiar Dr. Stoenescu, medic-legist şi D-lui Dr. P. Comescu, medic primar docent universitar îi aduc viile mulţumiri pentru binevoitoarele sfaturi.

D-lor Doctori G. Podeanu, N. B Jonescu şi St. Braşcu, pentru dragostea şi gentileţea pe care mi-au arătat-o, le voiu păstra o deosebită amintire.

Prietenoasă dragoste colegilor D-ri N. Comovici, C. Petrescu, B. Caraculacov şi colegilor de internat din Spitalul Central.

O menţiune deosebită de afecţiune trebue să arăt Familiei P. şi F, Teodorescu, carc cu o dragoste caldă au primit şi au îmbrăţişat pe tânărul pribeag şi singur, care nu-i va uita niciodată.

Floarea recunoştinţei nu se va usca niciodată în sufletul meu, pentru toţi aceia care cu dragoste dezinteresată au semănat-o acolo.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Studiul ştiinţific al alienaţiei mintale e de dată relativ recentă. Să urmărim, în scurte cuvinte, cum a ajuns un alienat sub protecţia Societăţei. Dar înnainte de aceasta să ne întrebăm — ce e alienat?

Duprè spune: „Alienatul e persoana care, sub influenţă morbidă, comite acte stranii, nemotivate pentru acei care-l observă, periculoase pentru el însuşi şi pentru alţii şi cari sunt justificabile de „măsuri protectoare". Această noţiune despre alienat a trecut prin trei stadii: religioasă, metafizică şi pozitivă.

In faza religioasă — alienatul erà considerat ca posedat de diavol şi ars pe rug. Insă prin secolul XVI se produce o reacţie slabă în contra interpretărilor mistici; medicii, filosofii, încep a se îndoi de origina divină sau diabolică a alienaţiei.

Felix Plater inspirat de aceste idei face o clasificaţiune încercând astfel să explice reacţiunele alienaţilor prin perversiunea, slăbirea sau abolirea a trei simţuri interne: judecata, imaginaţiunea şi memoria. Mai târziu — la începutul sec. XVIII ,ideile filosofice înlocuesc misticizmul; privirile umanitare se îndreaptă şi către alienaţi, care încep a fi studiaţi cu mai multă atenţiune; atunci apar şi operele alieniştilor *Lorry, Sauvage, Cullen, Pinel, Esquirol.* Reacţiunele alienatului se interpretează cu totul altfel; „alienatul, spune Esquirol, atentează la viaţa semenilor săi, de oarece devine foarte susceptibil, iritabil şi într'un acces de furie — loveşte, omoară, persoanele

care îl contrazic sau de cari se crede persecutat; alţii înşelaţi de halucinaţiunile sau iluziunile simţurilor se supun impulsiunilor delirului; alţii sunt instrumentele oarbe a unei impulsiuni involuntare, unei concepţiuni falşe, unei asociaţii vicioase de idei şi iluziuni, unei afectivităţi pervertite, unei voinţe lezate care n'are forţa de a le suprima, — raţiunea sau sentimentele nu le determină, conştiinţa le reprobă". Astfel ajungem la stadiul pozitiv, când alienatul este considerat, din punct de vedere social, ca individ, care prin ideile şi actele sale se arată într'o lumină străină privirilor societăţei, care ia măsuri de protecţie.

Am studiat în această lucrare reacţiunele antisociale ale paraliticilor generali. Studiul comportă concluziuni trase din observaţiuni culese în Spitalul Central de boli mintale şi nervoase din Bucureşti. Bolnavii studiaţi au intrat în spital între anii 1920—1925; toţi au diagnosticul de paralizie generală progresivă.

Din punct de vedere medico-legal am împărţit reacţiunele antisociale ale paraliziei generale în trei categorii şi anume:

I) Crime şi delicte contra individului:

1. Omucidere.
2. Sinucidere.
3. Loviri şi răniri.
4. Exhibiţionism.

II) Crime şi delicte contra proprietăţei:

1. Excrocherie şi abuz de încredere.
2. Furt „à l'étalage".
3. Incendii şi tentative la incendii.

III) Crime şi delicte contra societăţei:

1. Abuz de autoritate, fals.
2. Ultragiu faţă de agenţii forţei publice.
3. Vagabondaj şi cerşetorie.

Scanned with OKEN Scanner

ISTORIC

Reacţiunele antisociale în paralizia generală au fost studiate de mulţi autori.

Boas în lucrarea sa împarte reacţiunele în 2 grupuri, trecând în primul — cele cari sunt mai frecvente: furturi, crime în contra bunelor moravuri, înşelare, delicte prin negligenţă, turburări ale liniştii, în al doilea: siinucideri, încercări incendiare.

După *Hendemann* paraliticul general — e fricos şi laş, totuşi citează un caz în care pacientul împuşcă oameni de care se crede persecutat.

Monkeberg a descris o prostituată vagabondă şi paralitică.

Naike relatează un fetişist de rochie, condamnat la 10 luni închisoare, — de oarece aveà accese impulsive de 1—2 zile în care timp vagabonda şi fura; după *Naike* paralizia generală n'ar fi fost în legătură cu perversiunea sexuală.

Ilberg Georg se preocupă de chestiunea responsabilităţei paraliticilor generali din punct de vedere juridic.

Biltz Erich citează două cazuri de crime în P. G.

Gilbert Ballet desvoltă chestiunea actelor delictoase comise de paraliticii generali în perioda de stadiu sub influenţa slăbirei simţului moral.

Kirchberg Paul prezintă 7 cazuri de furturi ale paraliticilor generali caracterizate prin nerușinarea făptuirei ca şi prin scuzele copilăreşti.

Scanned with OKEN Scanner

Kiernau, spune că, kleptomaniia e mai frecventă la p. g., imbecili și idioți.

Mabille și *Peorens* vorbesc despre transformațiunele evolutive ale p. g. și de ideile de sinucidere.

Vigouroux citează un caz de sinucidere la un p. g.

Thormählen Max are două cazuri — unul cu atentat la bunele moravuri la începutul p. g., al doilea — cu insultarea autorităților, excrocherie cu invenții (construcția aeroplanelor); la ambele cazuri s'a arătat neresponsabilitatea complectă.

Paris Alexandre consideră expertiza medico-legală absolut necesară și descrie 3 cazuri cu p. g. înaintată și cu condamnare.

Belletrud și *Froissard* susțin că p. g. poate să facă nu numai tentative de sinucidere sau omucideri, dar chiar să săvârșească omoruri.

Dupré și *Marmier* vorbesc despre paralitici generali condamnați în plină demență.

Beaussart are un caz; un paralitic general a încercat să se sinucidă prin tăierea articulației radio-carpiene în perioada de invazie.

Boal și *Ceili* expun cazul unui p. g. a cărui boală a început prin halucinațiuni psihomotorii și prin idei de sinucidere.

Demage Henri susține că tentativele de sinucidere se observă în formele melancoliforme.

Sulliran are adunate 274 cazuri de p. g., pe care le împarte în cele cu formă depresivă, și expansivă și le calculează astfel: încercări de sinucidere — 3,45% sinucideri — 3,07%; furturi — 55,17%.

Leraj R. — descrie un caz de sinucidere la un paralitic general.

M. Vallon — prezintă o femeie de 32 ani condamnată la două luni închisoare (cu toate probele pozitive).

Dide și *Guirand* împart toate reacțiunele în crime și delicte contra societății, individului și proprietății.

Prof. Obregia. In 1909 face o comunicare la con-

gresul ştiinţelor medicale din Iaşi asupra „paranoismului în P. G." bazat pe 9 observaţii.

Vasilescu — Teză 1915 şi *I. Mina* — Teză 1923 descriu faza paranoidă în p. g.

Delmas expune cazul unui p. g. în perioada terminală care s'a sinucis.

Kiesmau, Iannes citează cazul unui paralitic — director de bancă considerat ca înşelător şi simulant.

Scanned with OKEN Scanner

CAPITOLUL I

GENERALITĂŢI ASUPRA DELICTELOR IN PARALIZIA GENERALĂ

„Reacţiunea antisocială, după cum spune D-rul *Racovsky*, este infracţiunea la regulele morale şi legale ale societăţei".

In mod general putem spune că, criminalitatea în paralizia generală e rară, iar delicvenţa e frecventă.

Reacţiunele antisociale şi circumstanţele ce le însoţesc întotdeauna poartă tiparul alienaţiei individului care le săvârşeşte, diferenţiindu-se astfel de crimele ordinare; de ex. tentativele la omucidere sunt executate de alienaţii în starea de agitaţie delirantă; ameninţările, kleptomania sunt rezultatul unei impulsiuni subite, violente. Uneori delictul, atentatul la pudoare sau furtul sunt atât de ciudate, inconştiente, că poartă masca demenţei. In sfârşit actele săvârşite pot să nu fie nici de cum intenţionate: atunci când alienatul loveşte pe stradă pe un individ pe care nu-l cunoaşte, sau fură un obiect care n'are nici-o utilitate pentru el.

Dacă anumiţi alienaţi prepară planul lor cu răbdare şi spirit de urmare, crimele şi delictele paraliticilor generali în schimb poartă pecetea demenţei. Să definim P. G. Paralizie generală e o afecţiune cronică a centrilor nervoşi cu mers progresiv, cu sfârşit

fatal, datorită leziunilor meningo-encefalitice, caracterizată prin asocierea simptomelor psihice şi fizice (din punct de vedere psihic avem slăbirea generalizată şi progresivă a facultăţilor mintale care duce la demenţă, din punct de vedere fizic avem turburări în motilitate care se termină prin paralizie generalizată).

Régis descrie în P. G. patru faze: 1) de incubaţie, 2) de invazie, 3) de stare, 4) finală, de caşexie; aceste patru faze se observă de regulă, dar sunt cazuri când între a III şi a IV perioadă se interpune *faza paranoidă* pusă în lumină pentru prima oară de D-nul Profesor Obregia, caracterizată prin apariţia ideilor delirante de persecuţie şi de hetero-acuzare. Să studiem fie care perioadă în parte din punct de vedere medico-legal:

Perioada prodromică, prezintă importanţă mare în legătură cu perversiunele morale şi afective care se observă la început, — pentru care motiv a fost numită de Régis „perioda medico-legală a p. g."

E just că toate afecţiunile mintale prezintă perversiuni de acelaşi fel, dar în P. G. se adaugă un element nou care imprimă dezordinelor din sfera morală un tipar esenţial şi care nu e altceva decât demenţa în toate gradele ei.

Sub influenţa scăderei inteligenţei şi slăbirei facultăţilor morale, activitatea devine inconştientă şi neprevăzătoare.

E adevărat că începutul e insiduos: inerţia intelectuală, slăbirea memoriei, scăderea capacităţei de muncă trec neobservate, totuşi supraactiivitatea funcţională a facultăţilor mintale, care face pe individ mai inteligent decât cum a fost înnainte, stări de depresiune, modificări în umoare, caracter, obiceiuri, sentimente — ne pune pe cale să ne gândim la posibilitatea unei P. G. Aceste schimbări, anturajul le interpretează ca bizarerii trecătoare, fără importanţă şi bolnavul continuă a trăi în sânul familiei păstrând libertate în acţiune până în ziua când săvârşeşte un

act delirant, — care-l duce la arestare şi-l expune la urmăriri judiciare.

Reacţiunile antisociale se comit în toate perioadele P. G. dar mai ales în perioada de invazie cum am arătat-o la început. Să vedem ce se petrece la un paralitic general în conflict cu societatea: am spus că debutul se manifestă prin excitaţie auforică sau prin stare de depresiune.

Să luăm prima stare: bolnavul are impresia unei transformări fericite, — e pătruns de bucuria de a trăi, cu senzaţie de mărirea valoarei sale fizice şi intelectuale care se traduce prin dorinţa de a vorbi incontinuu, nevoie de activitate fizică, prin umoarea veselă şi altruistă, cu credinţă în fericire, dar cu tendinţă la iritabilitate şi prin supărarea bruscă la cea mai mică contrazicere; această iritabilitate provoacă reacţiuni periculoase.

Din punct de vedere profesional pacientul e plin de entuziasm şi speranţă, recurgând la combinaţii financiare, invenţii; pentru familie şi prieteni — e generos, — comandă „tot ce e mai frumos şi scump".

Din punct de vedere sexual — devine excitabil, — oboseşte femeia prin excese sexuale, o brutalizează forţând-o să practice raporturi pervertite, devine gelos sub influenţa hyperesteziei sau impotenţei sexuale, sau părăseşte casa cu o metreasă, sau face propuneri de mariaj şi le realizează uneorii, sau pierzând valoarea banului, se lasă să fie devalizat de agenţi matrimoniali.

Din punct de vedere fizic nevoia de a se mişca îl îndeamnă să facă voiajuri, să petreacă nopţi fără somn în localuri publice. Această hyperactivitate ne arată deja o scindare a fondului intelectual.

Simptomul primordial al acestei faze e slăbirea judecăţei care-l face să desăvârşească acte antisociale.

Slăbirea memoriei îl face să comită erori: uită străzi, uită scopul pentru care a eşit din casă, face greşeli în calcul, în ortografie. Fuga ideilor şi slăbirea intelectuală îl face să fie lipsit de continuitate în activitate, părăsind întreprinderile începute.

Scanned with OKEN Scanner

Manifestarea demenţiei iniţiale şi excitaţia fac pe pacient să intre în conflict cu societatea, comiţând diferite acte şi crime: făcând furturi, expunând organele genitale în public, ieşind gol pe stradă, plimbându-se cu trăsura prin oraş fără plată, atentând la pudoare, încercare să se sinucidă, să omoare, să excrocheze, să incendieze, să ameninţe familia şi publicul.

Să trecem la o două stare — de *depresiune*, care poate să meargă dela astenie până la melancolie cu idei hipocondriiace: de negaţiune, obstrucţiunea organelor, sinucidere.

Am arătat că reacţiunele antisociale se comit şi în perioada de stadiu, însă în măsură mult mai mică ca în perioada de invazie.

Lucrul e explicabil — un paralitic general trecând prin perioada de invazie şi punându-se în conflict cu societatea, aceasta se apără — izolându-l.

Hiperactivitatea perioadei de invazie e înlocuită în perioada de stadiu printr'o hipoactivitate demenţială. Memoria e prima care e atinsă. Bolnavul uită fapte recente şi trecute; amnezia duce la dezorientare în timp şi spaţiu; atenţia, auto-critica, raţiunea au lacune enorme; turburări în afectivitate rezultă în mare parte din slăbirea judecăţei; slăbirea voinţei devine mai marcată; paraliiticul general se lasă să fie înşelat — devenind pradă excrocilor.

Astfel prin procese anatomo-patologice ajungem la transformări psihice — la demenţă. Ca rezultantă a psihicului dementţial se nasc reacţiuni antisociale.

Caracterul comun al acestor reacţiuni este:

a) bruscheţa lor care e în contrazicere cu atitudinea ireproşabilă a pacientului.

b) naivitatea cu care se desăvârşesc denotă că pacientul n'are cunoştinţă de greşala sa,

c) absurditatea care se manifestă de ex. când pacientul fură obiecte inutile sau în cantitate disproporţionată.

S'ar părea că un paralitic general în stare de caşexie cu funcţiunele mintale complect anihilate, cu

Scanned with OKEN Scanner

gatism, nu poate să ne dea reacţiuni antisociale. Cu toate acestea găsim cazuri, în cari paraliticul general sucombă în urma unui act imprudent.

Vallon citează cazul unui paralitic general care înghite o cataplazmă şi sucombă prin asfixie.

Delmas descrie cazul unui paralitic general care îşi introduce în faringe o batistă în aşa fel că moare.

De altfel sunt cazurile frecvente în care bolnavii mor asfixiaţi priin bolul alimentar care obstruiază căile digestive superioare a căror pereţi prezintă o paralizie a muşchilor. In aceste cazuri bolnavii n'au intenţia de a atenta la viaţa lor, — aci e mai repede o pseudo-sinucidere accidentală decât sinucidere în strictul înţeles al cuvântului.

Scanned with OKEN Scanner

CAPITOLUL II

OBSERVAȚIUNILE NOASTRE DESPRE REACȚIUNILE ANTISOCIALE ALE PARALIZIEI GENERALE

I. Reacțiunile antisociale contra individului

A. Omucidere, tentative la omucidere și paricide.

E adevărat că paraliticul general poate să devie violent; totuși actele agresive și crimele contra persoanelor, sunt mult mai rare în P. G. decât în celelalte cazuri de alienație mintală. Omuciderea e rară; se poate zice excepțională.

Cităm două cazuri din „Analele de Higienă și Medicină Legală" expuse de către M. Marandon de Montyel:

a) primul, e cazul unui individ care trage două focuri de pușcă asupra unui amic — pe care-l acuza că i-ar fi furat organele genitale, — iar

b) al doilea e acela al unei tinere fete care atentează la viața unei persoane, având ca mobil furtul.

Este de remarcat că de câte ori paraliticul general săvârșește o crimă sau delict grav, este și de o violență particulară. In aceste cazuri *reacțiunea antisocială* a individului este nu numai în funcția delirului boalei sale (P. G.) ci de cele mai multe ori datorită asociațiunei complimentare a delirului cu e-

Scanned with OKEN Scanner

fectele alcoolului asupra temperamentului său violent.

Fapta sa este, în cazul acesta, lipsită de orice premeditare; totuşi individul este tot atât de periculos pentru sine şi pentru societate.

Observaţia I

Bolnavul C. D. 34 ani, comerciant internat pentru turburări mintale.

Antecedente heredo-colaterale. Fără importanţă.

Antecedente personale. Abuzează de alcool.

Istoric. Bolnav de 2 ani; a fost internat la spitalul din Sibiu; eliberat din ospiciu a reînceput să bea; venind acasă îşi bătea soţia şi o ameninţa cu moartea. In noaptea de 30 Mai, înarmat cu un topor, se duce la casa socrului său, şi la refuzul acestuia de a deschide uşa devastează totul, spărgând uşile şi ferestrele; socrul scapă cu fuga, iar pe soţia sa care se afla acolo o loveşte de mai multe ori cu toporul, făcându-i tăcituri pe cap, gât şi mâini. Tot în noaptea aceia, a furat socrului său 200.000 lei.

Examenul somatic. Pupilele inegale, cu reacţiunea slabă.

Liquor pozitiv

Examenul psihic: Starea de slăbire a facultăţilor mintale cu turburări în memorie, dezorientare în timp şi spaţiu, inconştiinţa boalei, euforie, fără idei delirante caracteristice.

Diagnostic: P. G. în perioada de stadiu.

Reacţiuni medico-legale: a) tentative de omucidere; b) furt.

Scanned with OKEN Scanner

Observațiuni - rezumative

Nr. Obs.	Bolnavul				Diagnostic	Reacțiunea anti socială
	Numele	Vârsta	Sex.	Profesiunea		
II	N Z	39	B.	Cismar	P.9 per.-invozie	paricid
III	F 3	45	B	Ofiter de Polit.	P.9 per.-invozie	încercare de omucidere
IV	D.9	49	B.	Plugar	P.9 per-invazie	Tentativă de omucidere: a sărit cu furca pa primorul satului, rănindu-l în frunte.
V	M.M.	38	B.	Artist	P.9. per-stadiu	Tentativă de omucidere
VI	P.C.	33.	F.	Lingereasa	P.9. per-stadiu	Incercări de omucidere
VII	P.T.	58	B	Muncitor	P.9.per-stadiu	Tentativă de omucidere
VIII	I.C.	34	B.	Plugar	P.9.per-invazie și alcoolism.	Incercări de omucidere.
IX	A.P	36.	B.	Fierar	P.9 per-invazie	Incercare de omucidere: a lovit cu ciocanul in cap pe ajutorul său, rănindu-l grav.
X	A.N.	51.	B.	Functionar	P.9. per-stadiu	Tentativă de omucidere
XI	M.I	46.	F	Menogeră	P.9. per-stadiu	Tentativă de omucidere.
XII	J I	45	B.	Comerciant	P.9. per-invazie	Tentativa de omucidere: a bătut pe primarul rănindu-l în abdomen
XIII	I. I.	32	B.	Pensionar	P.9. per-invazie	Incercări de omucidere.
XIV	A.K.	48	F.	Casnică	P.9. per-invazie	Incercări de paricid: a strâns pe mama sa de gât. voind s'o omoare.
XV	C.g	35	B	Frizer	P.9. per-stadiu si alcoolism	Tentativă de omucidere
XVI	F.C.	47	B	Pantofar	P.9 per-stadiu	Tentativă de omucidere a sărit cu cutitul pe nevasta-sa
XVII	I.D.	33.	B.	Birjar	P.9.per-invazie	Tentativa de omucidere
XVIII	I.C.	48	B.	Muncitor	P.9. per-invazie si alcoolism.	Incercare de omucidere
XIX	J.N	59	B	Antreprenor de lucrări	P.9.per-stadiu	Tentativa de omucidere: a strâns de gât pe stradă pe un domn necunoscut.
XX	A.G.	32	B.	Muncitor	P.9. per-invazie	Tentativă de omucidere
XXI	G V	43	B.	Croitor	P.9.per-invazie	Tentativă de omucidere: a lovit de mai multe ori cu foarfece pe un client.

Scanned with OKEN Scanner

Nr.	Bolnavul: Nume	Vârsta	Sex	Profesiune	Diagnostic	Reacțiunea anti socială
I	N.L.	46	B	Muncitor	P.G. per-invazie	Loviri răniri: bătea soția, copii.
II	G.G.	50	B	Inginer	P.G. per-invazie	Violențe loviri
III	S.P.	39	B.	Plugar	P.G. per-invazie	Violențe: fată de familie
IV	U.F.	32	B.	Marinar	P.G. per-invazie	Răniri. Violențe
V	N.B.	40	B.	Muncitor	P.G. per-stadiu	Violențe, loviri: a bătut un trecător necunoscut pe stradă, devastează o casă
VI	R.D.	43	B	Comisar	P.G. per-invazie si alcoliznu.	Violențe, loviri, răniri: se plimbă cu trăsura prin oraș, nu plătește și bate birjari, înjură, provoacă scandaluri pub.
VII	B.R.	35	B	Plugar	P.G. per-invazie	Violențe: a bătut soția sa, a scos usile, ferestrele cu totul, a dezrădăcinat via la un sătean.
VIII	J.J.	49	F.	Muncitoare	P.G. per-stadiu	Violențe, loviri: lovește pe oricine, sparge orice.
				III C.	Amenințări, injurii.	
				Observațiuni-rezumative.		
I	T.D.	46.	B.	notar	P.G. per-invazie	Amenințări cu moartea.
II	S.M.	42	B	conducț	P.G. per-stadiu.	Amenințări cu moartea, injurii
III	T.S.	43	F.	casnică	P.G. per-invazie	Amenințări cu moartea
IV	B.I.	47	B	sergent.	P.G. per-invazie	Amenințări pe adresa public.
V	G.P.	53	B.	grefier.	P.G. per-invazie	Amenințări pe adresa judecăt.
VI	M.V.	34.	B.	croitor	P.G. per-stadiu	Amenințări, injurii.
VII	I.C.	47.	B.	Plugar	P.G. per-stadiu.	Amenințări în familie
VIII	P.D.	43	F.	Casnică	P.G. per-stadiu	Amenințări
IX	C.F.	47	B.	Mecanic	P.G. per-invazie	Amenințări cu moartea.
X	B.D.	36.	F.	Casnică	P.G. per-stadiu	Amenințări cu moarte pe concubin.

Observaţiuni-rezumative

NObs.	Bolnavul				Diagonastic	Reacţiunea Antisocială
	Nume	Vârsta	Sex	Profesiune		
XI	P.S.	34	B.	Plugar	P.G per-invazie	Ameninţări
XII	J.C.	38	B	Gardian	P.G. per-invazie	Ameninţări cu moartea
XIII	J.A.	52	B.	Menajeră	P.G per-stadiu	Ameninţări injurii
XIV	U.P.	35	B	Muncitori	P.G per-invazie	Ameninţări injurii
XV	G.B	36	B.	Mecanic	P.G per-invazie	Ameninţări
XVI	T.P.	42	B.	Biutar	P.G per-stadiu	Ameninţări
XVII	U.A	42	B	Pantofar	P.G per-invizie	Ameninţări

D. **Incercări de sinucidere**

La începutul lucrărei mele am arătat că perioada de invazie poate să aibă debut melancoliform.

Melancolicul e stăpânit de idei triste: se acuză de greşeli imaginare, făureşte diferite concepţiuni delirante. Lipsit de voinţă nu poate îndeplini nici un act; însă câte-odată ia ofensiva, reacţionează energic, omoară sau se omoară.

Astfel turburat de concepţiuni delirante, paraliticul general comite acte criminale: Omoară pe alţii pe care îi crede vinovaţi în chinurile lui, se omoară fiind convins că scapă de suferinţi. Dacă în perioada de invazie — sinuciderea are aparenţă logică, în perioada de stadiu sinuciderea e reacţiunea anxietăţei.

Observaţia I

Bolnavul I. C. de 39 ani, tipograf, internat pentru turburări mintale.

Antecedente heredo-colaterale. Tatăl şi mamă, alcoolici.

Antecedente personale. Acum 28 ani, ulcer venerie. Uzează de alcool.

Istoric. Maladia a început acum 3 ani cu o stare de excitaţie generală, — pacientul pleca din casă dezbrăcat,

eră violent; a încercat în repetate rânduri să se sinucidă, aruncându-se înmaintea trenului; altă dată a încercat să se stranguleze.

Examenul somatic. Pupilele inegale, neregulate cu reacţiunea redusă; reflexele rotuliene şi achiliene vii; tremurăturile limbei, dizartrie.

Liquor poziliv.

Examenul psihic. Bolnavul prezintă excitaţie psihomotorie, idei delirante de gandoare şi bogăţie, idei de persecuţie.

Diagnostic. Paralizie generală în perioada de stadiu.

Reacţiunea medico-legală: încercare de sinucidere.

Observatiuni-rezumative

NObs	Bolnavul. Nume	Sex.	Varsta	Profesiunea	Diagnostic	Reactiunea antisociala
II	M.P.	B.	54	Pensionar	P.G.per-stadiu	Incercări de sinucidere
III	M.C.	B.	54	Functionar	P.G.per-stadiu	Incercăride sinucidere prin strangulare
IV	D.V.	B.	37	Comerciant	P.G.per-invozie	Tentativă de sinucidere sa aruncat inaintea trenului
V	F.A	B.	56	Functionar.	P.G.per-invozie	Tentativă de sinucidere a încercat să se arunce prin fereastră
VI	D.P.	B.	45	Pensionar.	P.G.per-invozie	Tentativă de sinucidere a refuzat să mănânce şi să bea
VII	M.A.	B.	47	Muncitor.	P.G.per-invozie	Tentativă de sinucidere.
VIII	S.S.	B.	44	Muncitor	P.G.per-invazie	Tentativă de sinucidere a încercat să-se taie cu cuţitu

E. Atentat la bunele moravuri

a) Exibiţionism.
b) fetişism.
c) viol.
d) bestialitate.

I. Exhibiţionism

Perturbarea simţului genezic duce şi ea la delicte.

Intre aceşti bolnavi e o categorie numită — exhibiţionişti caracterizată prin tendinţa lor de a descoperi organele genitale în public în ori ce timp şi în orice loc, şi o categorie — atentatorilor la pudoare. Reese şi de aici lipsa de simţ moral a paraliticului general. Avem şi altă anomalie a instinctului sexual: fetişişti, sadişti, bestiali. Fetişizmul e perversiunea instinctului sexual care constă în aceia că la contactul cu anumite obiecte femeeşti (rochii, pantofi, ciorapi etc.) individul are orgasm sexual, masturbându-se.

Sadizmul caracterizat întotdeauna prin dorinţa de a provoca suferinţele persoanei cu care individul are relaţii sexuale — ciupiri, răniri uşoare sau chiar asasinate.

Bestialitatea, care e satisfacerea instinctului sexual prin contact cu animale.

Observaţia I

Bolnavul N. N., de 24 ani, internat pentru alienaţie mintală.

Antecedentele heredo-colaterale şi personale. Fără importanţă.

Istoric. Cam pe la 10 Ianuarie 1924 pacientul a început să prezinte turburări mintale, discrete la început, din ce în ce mai evidente: ziua şi în timpul nopţei umbla gol în casă şi pe stradă, fura lucruri din casă şi le vindea pe preţuri de nimic; înjura membrii familiei fără motiv, ameninţa şi manifesta tendinţa la omor faţă de cei din jurul lui.

Examenul somatic. Are multe stigmate de degenerescenţă, pupile inegale, neregulate cu reacţiunea redusă, reflexele rotuliene, achiliene vii, disartrie uşoară.

Liquor pozitiv.

Examenul psihic. Pacientul are slăbirea globală a

facultăţilor mintale cu idei delirante de persecuţie, slăbirea memoriei, turburări de activitate şi afectivitate.

P. G. în perioada de stadiu.

Reacţiunea medico-legală: 1) atentat la bunele moravuri-exhibiţionism.

2) ameninţări, violenţe.

3) tentative la omor.

Observaţiuni rezumative.

N. Obs.	Bolnavul. Numele	Vârsta	Sexul	Profesiunea	Diagnostic	Reacţiunea antisocială
II	E.S.	38	B	Profesor de liceu	P.G. per. stadiu	Exhibiţionism: se descoperă organele genitale în public
III	L.N.	31	B	Tâmplar	P.G. per. stadiu.	Exhibiţionism.
IV	M.D.	39	F.	Casnică	P.G. per. invazie	Exhibiţionism.
V	M.M.	53	B	Comerciant	P.G. per. invazie	Fetişism: de rochie
VI	C.B.	36	F	Casnică,	P.G. per. invazie	Exhibiţionism
VII	G.F.	33	B	Funcţionar	P.G. per. invazie	Exhibiţionism.
VIII	C.S.	42	B	Muncitor	P.G. per. stadiu	Exhibiţionism.
IX	G.S.	43	F.	Menajeră	P.G. per. invazie	Exhibiţionism.
X	M.V.	45	B	Tâmplar	P.G. per. stadiu	Exhibiţionism.
XI	C.N.	40	B	Casnică	P.G. per. stadiu	Exhibiţionism.
XII	N.V.	36	B	Croitor	P.G. per. stadiu	Exhibiţionism.
XIII	P.B.	46	F	Casnică	P.G. per. stadiu	Exhibiţionism
XIV	S.C.	39	B	Tipograf	P.G. per. invazie	Exhibiţionism. mucibi: desbrăcat pe stradă
XV	P.S.	38	B	Funcţionar	P.G. per. invazie	Atentat la pudoare viol: a violat o fată de 9 ani
XVI	C.V.	39	B	Ţăran.	P.G. per. stadiu	Atentat la bunele moravuri bestialitate

II. Crime şi delicte contra proprietăţei

A. Furt

In observaţiunile ce dăm în cursul acestei lucrări, reacţiunele antisociale ale P. G. le-am împărţit

cum am spus în treacăt în prefaţă în: crime şi delicte contra individului, contra proprietăţei şi contra societăţei.

Una din crimele contra proprietăţei — e furtul.

Furtul la paraliticii generali are caractere specifice, — se cunoaşte imediat, — actul este comis instantaneu, automat, pe obiecte inutile, inconştient, fără de nici o intenţiune.

Paraliticul general fură şi dăruieşte obiectele furate.

Insă furtul nu e întotdeauna demenţial; la începutul maladiei când avem numai diminuarea moralităţei fără deficit intelectual apreciabil, paraliticul general fură cu premeditaţie, cu precauţie, ca un delicvent ordinar.

Observaţia I

Bolnavul D. C., de 33 ani, pescar, internat a doua oară.

Antecedentele heredo-colaterale. Tatăl, alcoolic.

Antecedentele personale. La 16 ani — şancru sifilitic. Abuzează de alcool.

Istoric. Acum 2 zile a început să manifeste semne de alienaţie mintală: se plimba cu maşina sau trăsura prin oraş fără ca să plătească; lua bani dela clienţi spunând că are afaceri şi-i cheltuia pe lucruri inutile. Inainte de internare a săvârşit un furt dela un băcan, aducând cherestea, o ladă de zahăr, un butoi de ciment, albii, etc., spunând că deschide restaurant; oprit de soacra sa a vrut să o stranguleze.

Examenul somatic. Pupilele inegale, neregulate, reflexele rotuliene şi achiliene-exagerate.

Liquor pozitiv.

Examenul psihic. Euforie, idei delirante de grandoare, de bogăţie, incoherenţa în vorbire şi acte, falşe recunoaşteri, logorhee.

P. G. în perioada da stadiu.

Reacţiunea medico-legală: 1) furt, 2) încercare de omucidere.

Observaţia II

I. P., de 44 ani, bufetar; condamnat pe timp de un an pentru furt. In ziua de 21 Aprilie 1907, după ce a făcut baie a intrat în cabina 19, fură de acolo un ceasornic cu lanţ; după 2 zile vine la baie purtând chiar obiectele furate.

P. G. în perioada de invazie.

Reacţiunea medico-legală: furt.

N Obs	Bolnavul				Diagnostic	Reacţiunea antisocială
	Nume	Varst	Sex	Profesiunea		
III	F.C.	43	B.	Pantofar	P.g. per-stadiu	Fură flari din grădina publică și le aduce acasă spunând că vrea să facă parfumuri
IV	D.M.	48	B.	Plugar	P.g. per-invazie	Furt
V	D.P.	40	B	Perceptor	P.g. per-invazie.	Furt
VI	C.C.	48	B.	Funcţionar	P.g. per-invazie	Furt
VII	C.C.	48	B.	Funcţionar	P.g. per-stadiu	Furt: deţinut la închisoare
VIII	C.J.	40	B.	Proprietar	P.g. per-invazie	Furt
IX	N.N.	42	B.	Muncitar	P.g. per-invazie.	Furt
X	G.J.	30	B.	Ajutor Topom	P.g. per-stadiu.	Furt
XI	J.J.	37	B.	Cersetor	P.g. per-stadiu	Furt
XII	A.S.	40	B.	Muncitar	P.g. per-invazie	Furt
XIII	A.B.	42	B.	Plugar	P.g. per-stadiu	Furt: a furat o vacă, a tăiat-o a invitat lumea din sat la masă, i a insultat și i a dat afară.
XIV	M.S.	38.	B.	Plugar	P.g. per-invazie	Furt
XV	J.C.	43.	B.	Muncitor	P.g. per-stadiu	Furt „à l'étalage"
XVI	J.F.	34.	B.	Cismar	P.g. per-stadiu	Furt.

B. Kleptomanie

O reacţiune vecină cu furtul e kleptomania; denumirea de kleptomani e consacrată acelor indivizi cari comit furtul sub influenţa unei impulsiuni patologice; kleptomanul fură pentru a satisface impulsiunea de furt, fără să fie preocupat de obiectul furat și a avea un profit; mai mult decât atâta — actele sunt însoţite de o senzaţie de anxietate și o luptă pentru învingerea impulsiunei irezistibile, pe când hoţul de

profesiune premeditează acţiunea sa înnainte de a o pune în aplicare, reflectează modul de a fura, fiind atras de beneficiu. Spre deosebire de kleptoman la care impulsiunea e mai mult psihică şi la care există o stare de anxietate înnainte de comiterea furtului şi de luptă sufletească, urmată de o senzaţie de uşurare după furt; la paraliticul general impulsiunea n'are caracter intelectual, nu e vorba de anxietate şi de resistenţă a voinţei înnainte de săvârşirea faptului, ci totul se reduce la un act rudimentar în care partea motorie o determină automatizmul. In kleptomanie furtul e rezultatul unei obsesiuni — impulsiuni, pe când la paraliticul general obsesiunea nu există.

Observaţia I

N. G., de 47 ani, casnică.
P. G. în perioada de invazie.
Reacţiunea medico-legală: kleptomanie.

Observaţia II

R. I., de 37 ani, învăţător.
P. G. în perioada de invazie.
Reacţiunea antisocială: kleptomanie.

Observaţia III

P. T., de 42 ani, muncitor.
P. G. fază de invazie.
Reacţiunea antisocială: kleptomanie.

Observaţia IV

C. V., de 39 ani, frânar.
P. G. în perioada de stadiu.
Reacţiunea medico-legală: kleptomanie.

C. Excrocherie şi abuz de încredere

Destul de des urmăririle judiciare sunt îndreptate contra paraliticilor generali pentru abuz de încredere şi excrocherie. Adesea aceşti indivizi sunt arestaţi pentrucă n'au cu ce să plătească trăsura care a fost la dispoziţia lor mai multe ore, sau pentru masă.

Scanned with OKEN Scanner

Or care ar fi faptul, paraliticul general nu disimulează nimic; mărturisirile lui sunt atât de ușoare, infantile, pătrunse de nepăsare, că atrag atenţiunea medicului înainte de orice.

Observaţia I

I. O., de 44 ani, avocat.
P. G. în perioada de invazie.
Reacţiunea medico-legală: excrocherie (se plimba cu mașina, refuzând să plătească).

Observaţia II

A. G., de 46 ani, comerciant.
P. G. în perioada de stadiu.
Reacţiunea medico-legală: excrocherie, abuz de încredere.

Observaţia III

A. D., de 40 ani, funcţionar.
P. G. în perioada de stadiu.
Reacţiunea antisocială: abuz de încredere.

Observaţia IV

F. G., de 37 ani, cizmar.
P. G. în perioada de invazie.
Reacţiunea antisocială: excrocherie. (a luat, dela fratele său care avea pielărie, marfă în sumă mare pe credit. — mai târziu a refuzat să plătească).

Observaţia V

J. R., de 46 ani, perceptor.
P. G. în perioada de invazie.
Reacţiunea medico-legală: excrocherie prin înșelare (încasa impozite fără eliberarea chitanţilor).

Observaţia VI

M. L., de 47 ani, perceptor.

Scanned with OKEN Scanner

P. G. în faza de invazie.

Reacțiunea medico-legală: exerocherie.

D. Incendii și tentative de incendii

La început, toate faptele de incendii comise de alienați au fost studiate sub denumirea de piromanie — actul fiind considerat însuși boală mintală. Insă examenul mai atent ne arată că alienații nu sunt împinși întotdeauna de delirul-piromanie, ci uneori lucrează sub diferite influențe, dând piromaniei valoarea unui simptom. Un element principal care se găsește aproape la toți piromanii este impulsiunea. Individul cu facultățile intelectuale slăbite sau demențiale cum e paraliticul general se supune unei impulsiuni neavând sau având conștiința limitată a consecințelor.

Alteori idei delirante de persecuție sau halucinații împing paraliticul general la săvârșirea unui act.

Observația I

Bolnava V. P., de 50 ani, menajeră, internată pentru alienație.

Antecedentele heredo-colaterale și personale: fără importanță.

Istoric. Maladia a început în timpul iernei, când pacienta avea stări de deprimare cu idei de auto-acuzare, uneori impulsiuni — piromanie și tentative la sinucidere; într'o zi a dat foc casei și și-a aprins părul vroind să se omoare.

Examenul somatic. Pupilele inegale, cu reacțiunea redusă, reflexele rotuliene și achiliene — exagerate.

Examenul psihic. Starea de slăbirea totală a facultăților mintale cu incoherență în vorbire, dezorientare în timp și spațiu, idei hypocondriace.

Liquor pozitiv.

P. G. în perioada de invazie.

Reacțiunea antisocială. piromanie.

Observaţiuni rezumative:

N. Obs.	Bolnavul. Nume	Vorst	Sex	Profesiune	Diagnostic.	Reacţiune antisocială
II	J.C	47	B	Plugar	P.G. per-invazie	Tentativă de incendiu; se crede persecutat de familie şi pentru ose debaraseze de toţi vaşmaşi a dat foc casei.
III	J.C	65	B	Croitor	P.G. per-stadiu	Încercări de incendiu: a aprins un jurnal voind să dea foc casei
IV	D.G.	46	B	Plugar	P.G. per-stadiu	Piromanie
V	Z.G.	42	F	Moaşă	P.G. per-invazie	Piromanie: lua foc din vatră punea în mijlocul casei voind să aprindă.
VI	P.A.	40	B	Funcţionar	P.G. per-invazie	Piromanie.
VII	M.B.	42	B	Muncitor	P.G. per-invazie	Incendiere ca mijloc de sinucidere.
VIII	C.C.	50	F	Ghicitoare	P.G. per-stadiu	Tentative de incendiu: a dat foc la gaz cu scop de a-şi curma viaţa
IX	G.V.	30	B	Muncitor	P.G. per-invazie	Tentativă de incendiu.

III. Crime şi delicte contra societăţei

1) Vagabondaj, cerşetorie

Paraliticul general adesea părăseşte domiciliul fără nici un motiv, lipsind mai multe zile; el uită scopul pentru care a eşit din casă, se pierde în străzile în care e familiarizat; doarme sub primul pom care-l întâlneşte în drumul său; nu e în stare să dea indicaţii asupra locuinţei sale şi e adesea condamnat pentru vagabondaj.

Ţinuta lui e atât de mizerabilă că atrage atenţia publicului, cari din simţul de compătimire — îi dă câteva monede. Paraliticul general acceptă fără nici o precauţie, chiar în prezenţa agenţilor forţei publice, nu disimulează, nu se fereşte ca cerşetorul de profesiune.

Observaţiuni rezumative

N. Obs	Bolnavul. Nume	Vârstă	sex.	Profesiunea	Diagnostic	Reaţiunea antisocială
I	N.Z.	49.	B.	Dulger.	P.G. per. stadiu	Vagabondaj. cersetorie.
II	M.S.	60.	F.	Muncitoare	P.G. per. stadiu	Vagabondaj.
III	M.N.	49.	F.	Muncitoare	P.G. per. stadiu	Vagabondaj.
IV	P.Y.	30	B.	Industrias.	P.G. per. invazie	Vagabondaj.
V	A.S.	43.	F.	Menageră	P.G. per. stad.	Vagabondaj.
VI	C.B.	36	F.	Casnică	P.G. per. invaz.	Vagabondaj şi cerset.
VII	M.V.	45	B.	Tamplar.	P.G. per. stadiu	Vagabondaj.
VIII	F.A.	45	F.	Menageră	P.G. per. stadiu	Vagabondaj.
	B.	Rezistenta şi lipsa de respect faţă de autorităţi				
		a/ Ultragiu faţă de agenţii forţei publice.				
		b/ Uzurparea de titluri, funcţiuni				
		Observaţiuni rezumative				
I	C.D.	42	B.	Funcţionar.	P.G. per. invaz.	Uzurparea de funcţiuni
II	V.G.	44.	B.	Grefier.	P.G. per. invazie	Ultragiu faţă de agenţii forţei publice
III	C.C.	48	B.	Funcţionar.	P.G. per. stadiu	Ultragiu autorităţilor
C.	Infracţiuni la legile de siguranţa credit public					
		a/ Fals.				
		b/ Abuz de autoritate				
		Observaţiuni rezumative.				
I	G.G.	40	B.	Comerciant	P.G. per. invaz.	Fals în acte
II	S.C.	61.	B.	Funcţionar.	P.G. per. stadiu	Abuz de autoritate.
III	G.T.	40	B.	Proprietar.	P.G. per. stadiu.	Fals în acte
IV	N.O.	41.	B.	Grefier.	P.G. per. invazie	Abuz de autoritate.

CAPITOLUL III

Reacţiunele antisociale în faza paranoidă

Reacţiunele antisociale sunt tot atât de frecvente în faza paranoidă ca şi în perioada de invazie.

Aci trebue să spunem că într'adevăr psihiatrii

străini ca *Firenzi, Dupré, Tanzi, D-ra Pascal, Kraepelin* şi alţii vorbesc în treacăt despre ideile paranoide care au loc în unele forme ale paraliziei generale, dar nici unul nu se preocupă de desvoltarea lor. Meritul este al D-lui *Profesor Obregia*, care din 1909 în lucrarea sa, asupra *paranoizmului meta-paralitic şi meta-sifilitic*, a arătat că în paralizia generală cu idei paranoide nu e vorba de o formă specială, ci de o fază particulară care se intercalează între celelalte. Epoca apariţiei acestei faze e variabilă: poate să fie împreună cu perioada de stadiu sau după ea, după o remisiune sau după perioada finală.

Faza paranoidă e destul de frecventă, după cum arată D-nul Prof. Obregia — $^1/_5$ din toate cazurile de paralizie generală. Paranoismul poate să apară în orice formă, însă cu predilecţiune în formele expansive. In majoritatea cazurilor la un paralitic general care a ajuns la sfârşitul perioadei de stare, delirul de grandoare şi starea de agitaţie scade sau dispare şi se stabileşte fie o ameliorare a stărei fizice şi psihice, fie o remisiune durabilă.

Dar sunt paralitici generali la cari remisiunea e incomplectă, scurtă; starea mintală a bolnavului ia un mers cu totul deosebit: el începe a-şi construi uneori repede, alteori cu încetul un delir de persecuţie nesistematizat, absurd, neraţional. Uneori delirul de persecuţie e însoţit de idei hypocondriace sau delir de gelozie.

Dacă ideile paranoide sunt puţin sistematizate, bolnavii nu sunt în stare să schiţeze acuzări, ci fac numai ameninţări vagi, aduc acuzaţii mobile pe care le susţin slab sau de loc; aci delirul de persecuţie e împletit de rămăşiţe din vechiul delir de grandoare, halucinaţiile sunt mai puţin intense şi reacţiunele atisociale mai slabe.

Treptat aceste idei vagi persecutorii îmbrăţişează toată ideaţia bolnavului, devenind aşa de intense în cât delirul apare destul de bine organizat; bolnavii devin retraşi, bănuitori, acuză că li se fură averile,

Scanned with OKEN Scanner

că li se răpeşte libertatea, că li se pun în băuturi şi mâncăruri otrăvuri, că li se produc mirosuri neplăcute; în legătură cu delirul apar halucinaţiuni auditive, vizuale, olfactive, cenestezice care-l fac să schimbe locuinţa ca să scape de urmăritori; să ajungă la vagabondaj, sau uneori să se sinucidă; să adreseze petiţii autorităţilor plângându-se de persecuţiile ce îndură în ospiciu dela personal şi dela persoanele dinafară; să recurgă la reclamaţii, acuzaţii (scrisori contra magistraţilor revendicând libertate, averi, titluri, onoruri, drepturi) sau chiar la mijloace directe: — ameninţări, omucideri, asasinate; sunt alţii cari prin hypertrofia personalităţei se cred miniştrii, profesori, generali, etc., ajungând astfel la o adevărată fază de transformare a personalităţii. Acest delir chiar bine organizat îl recunoaştem după fondul demenţial al paraliziei generale, după ideile slab susţinute fără argumente, fără logică, cu bănueli, interpretări copilăreşti.

Ca rezultantă a acestei sistematizări a ideilor de persecuţie, sunt determinaţiuni motorii de apărare sau de atac, prin cari bolnavii devin periculoşi intrând astfel în conflict cu societatea. Se înţelege deci că în faza paranoidă, paraliticii generali sunt mai periculoşi ca în faza de invazie, tocmai pentrucă ideile lor delirante au multe caractere comune cu ale adevăraţilor paranoici; aşa încât şi reacţiile lor pot fi tot atât de dăunătoare ca ale acestora.

In paginele ce urmează prezentăm XXVI de observaţiuni ale fazei paranoide împreună cu reacţiunele antisociale corespunzătoare fiecărui caz.

Observaţiuniile paraliticilor generali cu reacţiuni antisociale în faza paranoidă

Observaţia I

Bolnavul E. J., de 38 ani, profesor de liceu, internat la 27 Septembrie 1925.

Scanned with OKEN Scanner

Antecedente heredo-colaterale și personale. Fără importanță.

Istoric. Debutul boalei ar fi aproximativ acum 5 luni manifestându-se prin stări de agitațiuni și idei de persecuție; cu câteva zile înainte de internare, în cinematograf la Sinaia și-a expus organele genitale strigând că e impotent și că nu e în stare să îndeplinească actul sexual cu soția sa.

Examenul somatic. Numeroase semne de degenerescență; pupilele deformate, fără reacțiune, reflexele diminuate.

Liquor pozitiv.

Examenul psihic. Stare de slăbire a facultăților intelectuale cu idei de grandoare, dismnezie și dezorientare în timp și spațiu.

Diagnosticul — paralizie generală.

28 Noembrie. Starea mintală se schimbă — bolnavul acuză soția sa că-l înșeală și familia care i-a făcut rău.

17 Decembrie. Treptat apar idei delirante variate; e găsit neliniștit umblând repede prin cameră, — ne roagă să plecăm din cameră de oarece el are mult de umblat până la Bârlad; fiind rugat să vorbească în fața tuturora — refuză; mai târziu e găsit ascultând — ne spune că aude pe soția sa din Bârlad; apoi ia o atitudine fixă cu fruntea în sus și spune că are o stea pe fruntea prin care luminează tot Bucureștiul.

19 Decembrie. Devine retras, mai puțin comunicativ, lesne iritabil.

20 Decembrie. E foarte agitat, lovește și amenință tot personalul care îndrăznește să intre în camera lui, pentrucă îl deranjează în luminarea Capitalei, schimbarea guvernelor; lovește și în lipsa obiectelor caută să strângă de gât; pretinde că voim să-l otrăvim, când i-se dă medicamente.

21 Decembrie. Manifestă tendință la omor: într'un moment de neatenție a gardianului îl apucă de gât, îl trântește jos și dacă nu i se venea în ajutor poate că era să se săvârșească crima.

Scanned with OKEN Scanner

Deci în cazul nostru *faza paranoidă* apare împreună cu perioada de stare; pe ziua de 10 Noembrie pacientul e ameliorat, este liniştit, primeşte uşor tratamentul; însă trece un timp scurt şi începe a se construi un delir de persecuţie nesistematizat, absurd; ocupaţiile variază dela o zi la alta ; la un moment dat se pare că a fixat ideile sale paranoide, dar a doua zi ele devin difuze şi se înlocuesc prin altele; sunt zile când domnesc idei hypocondriace „am crganele genitale atrofiate, n'am mirosul, gustul", sau idei de negaţiune „nu există nimic şi nimeni"; sau consideră pe toţi duşmani, refuzând de a fi tratat.

Delirul merge alături cu halucinaţiunile determinând reacţiuni antisociale.

Reacţiunea antisocială:

a) ameninţări,
b) violenţa, loviri
c) încercări de omor
d) atentat la bunele moravuri — exibiţionizm.

Observaţia II

A. G., de 45 ani, rentier.

P. G. în faza paranoidă; a avut remisiunea lungă, ideile paranoide au un început de sistematizare — acuzaţiile pacientului nu sunt difuze dar se relatează numai la adresa fratelui său şi soţiei.

Reacţiunea antisocială: a) ameninţări; b) violenţe.

Observaţia III

I. F., de 33 ani, geambaş de cai.

Internat a doua oară; a fost în perioadă de remisiune 3 luni, în care timp se ocupa de profesiunea sa fiind foarte întreprinzător; însă în ultimul timp a devenit violent, dedându-se la scandaluri publice; se credea persecutat din partea familiei, recurgea la ameninţări şi chiar a încercat să-şi omoare soţia sa.

P. G. în faza paranoidă.

Reacţiunea antisocială: a) ameninţări, injurii; b) violenţe, loviri; c) încercări de omucidere.

Scanned with OKEN Scanner

Observaţia IV

P. A. I., de 30 ani, industriaş.

P. G. în faza paranoidă; pe ziua de 3 Martie a. c. a plecat în urmărirea unui domn de care se credea persecutat, pe care l-a găsit în primărie; — a provocat un enorm scandal acolo, a urmărit pe reclamant şi a ameninţat pe toţi cari îi eşeau înnainte, că-i împuşcă; funcţionarii au fost nevoiţi să se încuie în birouri; comisarul poliţiei n'a putut să-l conducă, fiind ameninţat că-i împuşcă; tot în aceiaş zi a intrat într'o casă goală spărgând geamurile; în urmă a fost găsit vagabondând prin oraş; acuza pe fratele său, pe d-l profesor că l-a dat pe mâna servitorilor de a fi omorât.

Reacţiunea antisocială: 1) ameninţări; 2) încercări de sinucideri; 3) încercări de omucideri; 4) vagabondaj.

Scanned with OKEN Scanner

Observatiuni-rezumative

N. Obs.	Bolnavul: Nume	Varsta	sex	profesiune	Diagnostic	Reactiunea antisocială
V	N.N.	39	B.	Cizmar	P.G. faza paranoidă	Incercări de omucidere
VI	M.S.	38	B.	Pescar.	P.G. faza paranoidă	Amenințări cu moarte, violențe
VII	F.S.	47	B.	Pantofar	P.G. fază paranoidă	Incercări de sinucidere amenințări cu moartea.
VIII	A.G.	32.	B.	Muncitor.	P.G. fază paranoidă	Incercări de omucidere.
IX	G.B.	35.	B.	Functionar	P.G. fază paranoidă	Loviri, răniri, incercari la incendiu.
X	R.D.	42.	B.	Functionar	P.G. fază paranoidă	violente, incercări de omucidere, abuz de autoritate
XI.	R.Gh.	43	B.	Arendas	P.G. fază paranoidă	Amenințări, violente. loviri.
XII	A.D.	45	F.	Casnică	P.G. fază paranoidă	Incercări de sinucidere violente
XIII	S.P.	33	B.	Ofiter	P.G. fază par[illegible]	amenințări, violente.
XIV	G.S.	39	B.	Ofiter	P.G. fază paranoidă	Tentativă de omucidere.
XV	S.F.	46	B.	Ofiter	P.G. fază paranoidă	Abuz de autoritate: la masa intrun restaurant, plătește, pleacă, peste câteva momente revine, cerându-i restul de la 1000-lei pe care ari fi lato chelnerului; chelnerul refuzându-i pretenția absurdă, pacientul înconjoară restaurantul cu trupe; numai întâmplarea fericită-trecerea unui superior, care si-a dat seama de starea pacientului si a împiedicat conflictul grav.
Foile de observatiuni-rezumative din teza D-lui Gh. Vasilescu						
XVI	L.C.	37	F.	Menagera	P.G. fază paranoidă	Atentat la bunele moravuri - exibitionizm.
XVII	Y.M.	49	B.	Ofiter	P.G. fază paranoidă	amenințari, vagabondaj.
XVIII	P.G.	47	B.	Functionar	P.G. fază paranoidă	Amenințări injurii, loviri.
XIX	F.G.	36	B.	Muncitor	P.G. fază paranoidă	Amenințări, injurii, loviri.
XX	A.S.	48	B.	Cizmar	P.G. fază paranoidă	Exhibitionism
XXI	M.R.	36	B.	Dulger	P.G. fază paranoidă	Amenințări, violente, loviri.
XXII	G.S.	46	B.	Pensionat	P.G. fază paranoidă	Tentative multiple de omucidere, incercări de sinucideri.
XIII	G.B.	40	B.	Functionar	P.G. fază paranoidă	Incercari de omucidere.
XXIV	C.F.	43	B.	Muncitor	P.G. fază paran.	Violente, loviri, răniri.
XXV	G.G.	38	B.	Functionar	P.G. fază paran.	Amenințări injurii, loviri.
XXVI	C.S.	56	B.	Ofiter	P.G. fază paran.	Auto-mutilare: a amputat testiculele ecând prin ei o sârmă

Dăm mai jos un tablou sinoptic al observaţiunilor publicate în prezenta lucrare cu datele statistice extrase din ele.

B. 129 F. 23

Reacţiuni antisociale	Fazele: Invazie	Stadiu	Finalu	Paranoidă
I. *Crime şi delicte în contra individ.*				
A. Omucidere, tentative de omucidere şi paricid	12	10	—	5
B. Violenţe, loviri. răniri	6	2	—	3
C. Ameninţări, injurii	10	7	—	6
D. Incercări de sinucideri	5	3	—	3
E. Atentat la bunele moravuri . . .				
a) exhibiţionism	5	7	—	4
b) fetişism	1	—	—	—
c) bestialitate	—	1	—	—
II. *Crime şi delicte în contra propriet.*				
A. Furt, furt „à l'étalage"	8	8	—	—
B. Kleptomanie	3	1	—	—
C. Excrocherie şi abuz de încredere .	4	2	—	—
D. Incendii şi tentative la incendii . .	6	3	—	2
III. *Crime şi delicte în contra societ.*				
A. Ultragiu faţă de agentii forţei publice.	2	1	—	—
B. Abuz ee încredere, falş.	22	2	—	—
C Vagabodaj, cerşetorie . : . . .	3	5	—	2
Total . . .	67	52		26
	44 %	34,2%		17 %

CAPITOLUL IV

Erori judiciare. Necesitatea expertizei medico-legale

Acestea sunt crimele şi delictele în urma cărora bolnavii au fost internaţi în spitale; dar o parte din ei au fost condamnaţi şi aceasta se întâmplă nu numai la începutul boalei când turburările mintale nu sunt apreciabile, dar în majoritatea cazurilor chiar când condamnaţii sunt într'o fază înnaintată a maladiei; aceasta este o probă că cunoştinţele judiciare, bunul simţ şi chiar inteligenţa nu sunt suficiente şi e nevoie de cunoştinţe speciale. Filosoful *Kant* susţine că psihologii de profesie ar fi singuri apţi în aprecierea stărei mintale a unui individ; astfel se explică cum alienaţii sunt condamnaţi pentru actele comise care nu erau decât manifestaţiuni delirante ale maladiei. Aceste lucruri fiind recunoscute, expertiza medico-legală a luat mare extindere în ultimii ani. Iată statistica Institutului Medico-Legal Prof. Mina Minovici asupra numărului de expertize în ultimii 20 ani şi categoriile de delicvenţi care le-au determinat. Dintre cazurile cari s'au prezentat mai ales la Bucureşti şi cari au fost expertizate în general de către D-nul Prof. Mina Minovici şi Conferenţiar Dr. Stoenescu reese următoarele date din care se constată cum că paralizia generală faţă de celelalte boale mintale a dat relativ mai rar ocazie de expertize medico-legale.

Iată statistica Institutului Medico-Legal Prof. Mina Minovici pe timp de 20 ani — 1905-1925: Au fost declaraţi neresponsabili:

	Total	Bărbaţi	Femei
Delir de persecuţie . .	8	8	—
Degeneraţii	14	11	3
Alcoolizm	4	4	—
Confuzia mintală . . .	2	1	1
Isterie	1	—	1
Melancolie	3	3	—

	Total	Bărbaţi	Femei
Imbecilitate	5	5	—
Debili mentali	4	3	1
Demenţa precoce	2	2	—
Demenţa senilă	6	6	—
Revendicătorii	2	2	—
Mania perversă	2	2	—
Paralizie generală . . .	4	4	—
Surdo-muţi.	1	1	—
Pelagra	4	3	1
Epilepsie	10	7	3
Epilepsie larvată . . .	9	9	—
Nebunie morală	7	7	—
	88	78	10

Acest număr de bolnavi au fost declaraţi neresponsabili numai în urma expertizei medico-legale; deoarece pentruca un individ să fie pasibil de codul penal comiţând un act oarecare el trebue să posedă integritatea facultăţilor mintale şi în legătură cu aceastâ — liberul arbitru şi capacitatea de imputaţiunea. *(Bogdan)*. Din momentul ce aceste facultăţi sau art. 57: „nu se socoteşte nici crimă, nici delict faptul numai una din ele lipsesc, individului se aplică C. P. săvârşit în stare de smintire şi în orice altă stare de pierderea uzului raţiunei sale prin cauze independente de voinţa sa". Bine înţeles delicvenţii neresponsabili vor fi internaţi pe timp nedeterminat într'un azil de alienaţi. Astfel societatea a găsit mijloc de a se apăra contra acestei clase de indivizi periculoşi.

Dar cu toate stăruinţele sunt încă multe erori judiciare care s'au comis şi se comit azi, după cum o să vedem din foile de observaţiuni aci alăturate:

Observaţia I

R. B., de 37 ani, moaşă.

P. G. în perioada de invazie.

Reacţiunea antisocială: furt pentru care a fost condamnată la 3 luni închisoare.

Scanned with OKEN Scanner

Observaţia II

G. I. M., de 30 ani, ajutor topometru.
P. G. în perioada de stadiu.
Reacţiunea antisocială: furt, pentru care a fost deţinut în închisoare la Văcăreşti sub mandatul de arestare No. 271 din 1925, adus în spital cu adresa 19.164 în starea deplorabilă fizică cu semne de violenţă pe corp şi care a succombat de dublă pneumonie.

Observaţia III

C. C., de 48 ani, funcţionar.
P. G. în perioada de invazie.
Reacţiunea antisocială: furt, pentru care a fost deţinut la închisoarea Văcăreşti. Dos. 181 din 1920.

Observaţia IV

C. F., de 40 ani, proprietar.
P. G. în perioada de invazie.
Reacţiunea antisocială: furt pentru care a fost condamnat la penitenciarul Văcăreşti.

Observaţia V

A. S., de 42 ani, muncitor.
P. G. în perioada de invazie.
Reacţiunea antisocială: furt pentru care a fost condamnat la 30 de zile închisoare. Dos. 7795 şi care şi-a terminat pedeapsa până la expertiza medico-legală.

Observaţia VI

I. P., de 44 ani, bufetar.
P. G. în perioada de invazie.
Reacţiunea antisocială. furt; condamnat cu sentinţa No. 1011 din 21 Iunie 1907 pe timp de un an, cu totul că în sânul Tribunalului se creiase divergenţa de opiniune, adică d-l Judecător fiind pentru condamnare, iar d-l Supleant pentru numirea unei comisiuni medicale; condamnatul făcând apel la Curtea de Apel cu Dos. No.

Scanned with OKEN Scanner

18.632—33 se admite expertiză, care a determinat internarea în spital.

Observaţia VII

C. C., de 44 ani, funcţionar.

P. G. în perioada de invazie.

Reacţiunea antisocială: furt, pentru care a fost deţinut la închisoarea Văcăreşti, după expertiză internat în spital.

In faţa acestor erori judiciare noi putem să fim numai alături de *Pactet* care a spus că: „Toţi delicvenţii să fie supuşi examenului psihiatric înnainte de a fi traduşi în faţa Tribunalelor şi a fi judecaţi de Curţile de juri. Şi pentru ca acest examen să se poată face în mod sistematic noi am preconiza pe lângă fiecare închisoare din ţară o anexă în capul căreia să se afle un medic psihiatru, şi prin care serviciu să treacă în mod obligator toţi pensionarii Penitenciarilor în momentul închiderii lor şi din când în când în decursul pedepsei.

Cerem expertiza mai severă şi protecţia mai bună a alienaţilor.

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUZIUNI

1. Reacţiunile antisociale ce se pot ivi la paraliticii generali prezintă în majoritatea cazurilor caractere esenţiale şi diferenţiate, cari se pot în general deosebi de cele făptuite de criminalii ordinari prin examenul ştiinţific.

2. Reacţiunile antisociale ce pot surveni la paraliticii generali sunt în general: delicte comise în urma unor concepţiuni falşe — rezultat a unui delir sau halucinaţiuni, sau — rezultatul unei impulsiuni irezistibile, inconştiente.

3. Actele delictuoase pot surveni în toate fazele paraliziei generale, cu predominenţa însă în perioada de invazie şi în faza paranoidă.

4. Asociaţia de paralizie generală cu alcool — dă reacţiuni mai periculoase şi grave.

5. Reacţiunile antisociale constă mai ales în violenţe sau acte distructive contra celor dinprejur, uneori apar însă şi tendinţe la sinucidere, mai ales în faza prodromică sau cea finală.

6. Paraliticii generali nu pot fi consideraţi responsabili din punct de vedere legal, însă nevoia de a apăra liniştea socială impune izolarea lor în case speciale de sănătate.

Văzută şi bună de imprimat

Preşedintele Tezei, — *Decanul Facultăţii,*

Prof. Dr. Obregia Al. — **Prof. Dr. Th. Ionescu**

In afară de subiectul tezei, candidatul este dator să răspundă în ori-ce chestiuni medicale ce i se vor pune de juriul examinator.

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUSIONS

1. Les reactions antisociales, qui peuvent apparaître au cours de la paralysie générale, sont pour la plupart des reactions essentielles et caractèristiques, qui se distinguent nettement, par l'examen sciéntifique même des délites des criminels ordinaires.

2. Les réactions antisociales qui peuvent survenir chez les paralitiques généraux sont in général: des delits qui s'observent à la suite de fausses conceptions reprezentant le rezultat d'un délire ou d'hallucinations ou bien les delits à la suite d'impulsions irresistibles et inconscientes.

3. Les actes delictueux peuvent être commis dans toutes les phases de la paralysie générale, mais elles appartiennent en propre à la période d'ivasion et à la phase paranoide.

4. La paralysie générale associée à l'alcoolisme donne des réactions antisociales infiniment plus gravès.

5. Les reactions antisociales des paralytiques se caractérisent surtout par des manifestations déstructives ou des violences portent surtout sur les personnes de son entourage: toutefois phase prodromique ou à la phase finale.

6. Au point de vu juridique on ne peut certainement considérer, les paralytiques généraux comme des individus résponsables de leurs actes, mais d'autre part la société a le droit d'être préservée de ces reactions antisociales et alors l'internement dans les hospices d'aliénés s'impose de lui même.

Vue pour et bonne être imprimée.

Le présidant de la thèse,
Prof. Dr. Obregia Al.

Le doyen de la Faculté,
Prof. Dr. Th. Ionnesco

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

Alombert-Gagel, méd. adjoint des asiles. — L'Interpement des Aliénés criminels (Thèse de Docteur en droit, 1902).

Anglade. — Délires systématisés sécondaires. Congrès de Marseille, 1895.

Boas. — Kasuistsche Beiträge zum Kapitol der Mordtaten. Arch. für criminal antropologie B. 37 p. 50 ff.

Biltz Erich. — Die progressive Paralyse und ifre forens. Würdigung Inauqal. Diss. Kiel 1912.

Baillarger. — Note sur le délire hypochondriaque des paralytiques (Annales médico-psychologiques, 1860).

Baillarger. — De la démence paralytique et de la manie avec délire ambitieux, 1858 (in Recherches, etc.).

Boal et Ceilieu. — Paralysie générale aygant débute par des hallucinations psychomotrices verbales absedante avec tendense au suicide. Revue neurologique No. 6, p. 503, 1914.

H. Brassart. — Sebstverstümmlung bei paralise. Allgem. zeitschrift fur Pslichiatrie. Bard. 70. H. 3/4 p. 564.

Brandam. — I. Les ideas de suicide en la paralisse général progres. Arch de Psich. und Crimin. II. 730.

Beaussart — Suicide au début de la paralysie générale. Arch. de neurol. 19114. Vol. I. p. 55.

Belletrud et Froissart. — Meurtre, tentative de meurtre et tentative de suicide. Paralysie générale chez un dégénéré a ascendance epileptique. Annal. Médico-psich. sc. I. I. III, No. 2 p. 155, 1913.

Ballet Gilbert. — Les actes delicteaux commis par les paralitiques généraux sous l'influence de l'affaiblissement du sens moral, anterieure à l'apparition de symptomes averés de la maladie. Le Buletine medicale 1910 N. 34 p. 395.

Chaslin. — Contribution à l'étude des rapports du délire avec les hallucinations (Ann. méd. psych., 1890 p. 45).

Scanned with OKEN Scanner

Derom. — Periode médico-légal de la paralysie général XXXIX 589—590.

Dupré et Marmier. — Paralytiques généraux condamnés en pleine démence. Archiv. de Neurologie. H. S. II. Vol. p. 32, 1913.

Dupré e Davaux. — La Médecine-Légale de la paralysie général. Le Journal médical français IV, 2, 78, 1914.

Dupré et Marmier. — Paralytiques généraux condamné en pleine démence. III Congr. de Médecine légale 24-27 Mai 1913.

Damage Henri. — Tentative homicide commise par un paralytiques générale melancoliques. Revue de Psych. T. IX p. 200.

Dide et Guiraud. — Psiichiatrie du médecine practicien 1922, pag. 405.

Ducosté. — Note sur les interpretations délirantes, des la paralysie générale. (Revue de psychiatrie, 1907).

Heim Fw. — Ein ungevöhnlichen fall von Diebstal bei progresiven paralyse als Beitray zur Letre von Krankheitsbewustsen in derselbe Vojenschrift 1913, p. 89, No. 9.

Ilberg Georg. — Die forens. Bedeutung der Dementia paralitica. Arch. für kriminalantropologie B. 46 H. 1. 2. 102.

Kovalevschy. — Psychologie criminelle, 1903.

Raepaelin 1910. — Bard. II. Prostituire und progr. paralysi.

Kirchberg Paul. — U"ber Eingentumsvorgehen bei Dementia paralitica. Arch. für Psichiatrie 1912. B. 49, 43 p. 772.

Kiernau I-as. — Kleptomanie and pyromanie. The alienist and neurologist. V. 33. IV 2 p. 147. IV-a 4, 373.

Laséque — Du délire de persécution Archives générales de médecine, 1852.

Louis Iean. — Etudes clniques sur les Aliénés dangereux, Thése, Paris, 1885.

Lombroso. — L'homme criminel.

Ladame. — L'obsession 'du meutre .(Traité d'antrop. criminelle, 1892).

Legrand du Saulle. — La Folie devant les Tribunaux.

Lerog R. — Un caz de suicide chez un paralytique générale Bull. Soc. méd. de L'Ynne XL. II. 57-62.

Le Kuere — Les fugues chez les paralitiques généraux. (Theze de Paris 1911).

W. Lange. — Inauguraldissertation 1904.

Leveau. — Alcoolisme et criminalité.

Lembroso. — Le crime, causes et remèdes, 2-e édit., Acan, 1907.

Magnan et Sérieux. — La paralysie générale. (In encyclopedie des aîdes-mémoires, 1894).

Max Simon. — Crimes e delits dans de falie, 1886.

Scanned with OKEN Scanner

Marcau. — Crimes étranges et Suicides 1869.
Mayers M. F. — Die forensische Bedeitung der dementia paralitico. Verlay. psich-inrid. geselbah. 1913.
Mabille et Peorens. — Les transformations evolutives dans la paralysie générale, et les idées de suicide chez les paralytiques généraux. Revue neurologique 1911 p. 296.
Maxweil. — Le crime et la société, 1909.
Nonne M. — Klinic. und anat. Mitteilung uber einen fall zum Paralyse. Neurol. 18 p. 1074, 1914.
Naike. — Uber kleiderfetischismus. Arch. für kriminal-antropologie B. 37. H. 1-2 p. 160.
F. Pactet e H. Colin. — Les Aliénés devant la justice. Les aliénés dans les prisons, 1902.
Pilez Alex. — Zur frage der progressiven paralyse bei den prostituirten. Iaresbèricht für Psich. B. 36. p. 65, 1914.
Paris Alexandre. — Paralysés généraux condamnés et incarceré. Arch. de Neurol. Vol. 1. N. 3. p. 137, 1913.
Racovsky. — Etiologie du Crime et de la Dégénérescence, Thèse, Montpellier, 1897.
Roger Dagong. — Syndrome paralytiques avec consciénce et tentative de suicide. Revue neurologiques N. 4, p. 275, 1915.
Sulzu Al. — Alienatul în fața societății și științei 1877.
Stransky. — Die paranoiden Erkrankung (Zeit. f. die gesamte Neur. und Psych. Band XVII).
Stendeman Hans. — Ein paralitiker als Mörder. Inaugural Dissertatian. Freibury Bresgau 1909.
Sulliran — Crime in general paralysis. The Journal of mental 1902. Ianuar.
Thormühlen Max. — Progresive paralyse und yre forensische. Bedeutung. Inaug. Dissert. Kiel. 1913.
Vigouraux et Colin. — La Question des Aliénés criminels, Congrés de Médecine mentale de Taulouse, 1896
Vibert Gh. — Medicine Légal, 1900.
M. Vallon. — Soc. du Psichiatrie. 16 Fevr. 1922. Encefal IV-a 3, 1922.
Vigauraux. — Un suicide chez un paralytique générale. Archiv. de neurologie g. s. Vol. II p. 107, 1911.
Vervaeck. — La théorie lombrosienne et l'évolution de l'anthropologie criminelle (Arch. d'anthropolo-crim., 15 août 1910.

Scanned with OKEN Scanner

:: :: :: FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 2421

TECHNICA OPERATORIE
IN OPERAŢIILE PE GUŞE

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Prezentată şi susţinută la 5 Februar e 1926

DE

D-na FLORESCU-DOSIUS VICTORIA

BUCUREŞTI
Tiporafia „STEAUA ŢĂRII" — MATEI IONESCU
Str. Vasile Lascar No. 40 bis
1926

Scanned with OKEN Scanner

Decan: D-l Profesor Dr. THOMA IONESCU

PROFESORI TITULARI:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	Angelescu C.
Chimia medicală	„ „	Athanasescu N.
Clinica chirurgicală infantilă şi ortopedie	„ „	Bălăcescu I.
Anatomia patalogică	„ „	Babeş V.
Bacteriologia şi patologia experimentală.		
Istologia normală şi Istogeneza	„ „	Besnea Şt.
Medicina experimentală	„ „	Cantacuzino I.
Clinica ginecologică	„ „	Daniel C.
Clinica II-a medicală	„ „	Danielopol D.
Anatomia topografică II	„ „	Gerota D.
Clinica şi teoria obstetricală	„ „	Gheorghiu N.
Anatomia topografică	„ „	Ionescu Th.
Clinica I-a chirurgicală		
Clinica II-a medicală	„ „	Ionescu D.
Clinica III-a chirurgicală	„ „	Juvara E.
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	Jianu A.
Farmacologia şi materia medicală	„ „	Lalu S.
Clinica boalelor oto-rino-laryngologice	„ „	Meţianu N.
Clinica boalelor nervoase	„ „	Marinescu Gh.
Clinica infantilă	„ „	Manicatide M.
Igiena şi poliţia sanitară	„ „	Mezincescu D.
Medicina legală	„ „	Minovici M.
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	„ „	Manolescu D.
Clinica I-a medicală	„ „	Nanu Muşcel I.
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „	Nicolau Şt.
Clinica mentală	„ „	Obregia Al.
Fiziologia umană	„ „	Paulescu N.
Patologia generală	„ „	Proca Gh.
Anatomia descriptivă şi Embriologia	„ „	Rainer Fr.
Botanica generală	„ „	Solacolu Th.
Patologia medicală	„ „	Thomescu I. Th.
Clinica terapeutică	„ „	Theohari A.
Zoologia generală	„ „	Zotta Gh.

POROFESORI AGREGAŢI:

Medicină operatoare.	D-l Dr.	Constantinescu C

Preşedinte: D-l Prof. Dr. **Juvara E.**

Iubiților mei părinți

și tuturor ce-mi sunt atât de dragi.

Scumpului meu îngeraș Mircea

și iubitului meu soț

le dedic această lucrare inaugurală.

Scanned with OKEN Scanner

Președintelui meu de teză

D-l Profesor Dr. Ernest Juvara

îl rog respectuos a primi omagiile și întreaga mea admirațiune pentru strălucirea la care a ridicat prestigiul chirurgiei și anatomiei românești.

Scanned with OKEN Scanner

Juriului de promoțiune

respectuoase omagii de mulțumire

D-lui Conferențiar Dr. E. Hristidi

expresiunea celor mai vii sentimente de mulțumire pentru prețioasele sfaturi științifice, acordate cu atâta bunăvoință în tot răstimpul anilor de studii, cât și la alcătuirea acestei lucrări, al cărui subiect mi l'a încredințat D-sa.

Scanned with OKEN Scanner

Introducere

Operaţia guşei, deşi intrată în practica curentă de aproape 4 decenii, deşi technica sa pare a fi regulată încă de mult timp, totuşi studiul modificărilor noui propuse cât şi faptul că mulţi chirurgi, încă o execută cu oarecare teamă, arată îndeajuns că se mai poate studia şi aduce noui contribuţiuni în domeniul ei.

Şi pentru a justifica această părere nu avem decât să aruncăm o scurtă privire retrospectivă în istoricul ei.

Dela prima operaţie cunoscută a guşei şi pe care istoria o atribue arabului Abul-Kasim, *în secolul X d. Cr., încercări mai mult sau mai puţin fructuoase, au fost încercate în fiecare secol, afară de variatele tratamente de ordin medical.*

Cu începutul sec. XIX, tentativele chirurgicale se multiplicară însă cu toate acestea, operaţia guşei rămâne totuşi a fi considerată, ca un act chirurgical de mare temeritate până la începutul erei de antisepsie.

Principiile unei technice bine stabilite este eronat de a afirma, că au putut fi precis regulate, înaintea acestei ere, deşi Desault, Walter, Porta, *impreună cu alţi chirurgi eminenţi expuseseră technica precisă a ligaturei arterelor tiroidiene super. şi infer., precum şi technica enucleării nodulilor de guşe perfect încapsulaţi.*

Frica de infecţie septică şi de hemoragie septică postoperatorie, cât şi complexitatea aparentă a anatomiei reg. anterioare a gâtului, bogata vascularizare a acestei glande

Scanned with OKEN Scanner

cât şi raporturile sale intime cu traheia şi nervii recurenţi au fost motive mai mult decât puternice care să îndrituiască pe chirurgii anteriori erei de antisepsie să privească guşile corpului tiroid cu destulă frică şi chiar să se ajungă ca însăşi Academia de Medicină să o proscrie în 1850.

Odată cu începutul erei noui a antisepsiei, dispărând frica de infecţie septică şi cercetările noui pe cadavru în amfiteatru ridicând vălul de neştiinţă a regiunei atât de temute, trebuia ca anatema aruncată asupra acestei operaţiuni de aşa mare importanţă, să fie ridicată.

Numai datorită lucrărilor de mare valoare a şcalelor lui Billroth, Kocher, Halsted *şi* Poncet, *a putut intra operaţia guşei în domeniul intervenţiilor de practică curentă, încă de acum 40 ani.*

Dar la 1883-1884 cercetările noi pe tărâmul htsto-fiziologic ale lui Schiff, Wagner, Von Bruns *şi* Grundler, *cât şi observaţiile clinice atât ale lui* Kocher *cât şi ale* fraţilor Reverdin *demonstrând că ablatia totală a tiroidei, produce turburări de nutriţie şi creştere în economia organismului, turburări cari produceau caşexia strumprivă atât de analoagă mixoedemului spontan, impun chirurgilor să părăsească în mod definitiv tiraidectomia totală, făcându-i să revină fie la excizia unuia din lobi* (şcoala germană *reprezentată prin* Bilroth şi Kocher) *sau la enuclearea nucleilor mai mari (*Şcoala franco-elveţiană *reprezentată prin* Socin *şi* J. Reverdin.*)*

De acum technica operaţiei guşei face paşi mari spre o cât mai desăvârşită technică.

Frecvenţa guşei coloide difuze, determina pe Mickulicz *şi şcoala sa, să înlocuiască excizia unilaterală prin* rezecţia unilaterală în „felie de pepene“,

In fine Kocher, *de teama leziunei atât de temută a recurentului cât şi mânat de dorinţa de a nu distruge paratiroidele necesare compensaţiunei, imaginează operaţia-i favorită,* rezecţia cu enucleare, *pentru a putea păstra astfel faţa posterioară a lobului.*

Insă frecventa recidivelor în lobul special lăsat, determină un nou curent spre operaţia bilaterală prin rezecţie, enucleaţie şau combinarea lor, cu respectarea însă a re-

Scanned with OKEN Scanner

curentului, paratiroidelor şi a unei mici porţiuni de ţesut tiroidian, având ca principiu că nu de volumul restului de ţesut glandular lăsat, depind turburările născute în economia organismului, ci de valoarea sa funcţională.

Mortalitatea operatorie actuală, nici nu o mai notăm, căci chiar coeficientul de 1% dat de unele statistici, nu este datorit actului operatnr însuşi, ci depinde de factorii individuali.

Şi acum în perioada actuală a chirurgiei tiroidiene, nu găsim ca preocupare numai vindecarea operatorie împreună cu un rezultat cât mai estetic al cicatricei pentru operat.

Problema hipertiroidismului şi a hipotiroidismului complică sarcina chirurgului actual, impunând cercetări noi, pentru a studia valoarea diferitelor tipuri de guşe, adică a face studiul biologic al ţesutului de guşe.

Scanned with OKEN Scanner

Date anatomo-chirurgicale.

Corpul tiroid privit din faţă are forma unui H cu braţele înclinate în sus şi în afară cu partea transversală mai scoborâtă, aşezată înaintea primelor inele ale trahei.

Este acoperit înainte de piele, stratul celulo-grăsos subcutanat, aponevrozele cervicale superficială şi mijlocie în a cărei dedublare găsim micii muschi sterno-tiroidianul şi sterno-hioidianul. Acestea formează planurile, pe care le întâlneşte chirurgul în intervenţiile asupra tiroidei.

Inapoi, glanda este în raport cu aponevroza cervicală profundă; pe laturi e acoperită în parte de m. sterno-mastoidianul şi atinge teaca marilor vase şi nervi ai gâtului. Este în raport imediat cu carotida primitivă, care uneori lasă o depresiune înapoia şi pe laturile fiecărui lob. Lobul stâng mai este în raport şi cu esofagul; între aceste două organe găsim nervii recurenţi.

Tiroida prezintă un înveliş celulo-fibros, un fel de teacă care după *Sibileau* ar proveni din aponevroza trarsversală a gâtului; deasemenea şi după *Profesor Juvara* capsula peritiroidiană pare sa nu fie decât o dependinţă a aponevrozei cervicale mijlocii.

Charpy, însă o consideră ca provenind din teaca celulară ce înconjoară traheia şi esofagul. Această teacă sau capsulă peri-tiroidiană este separată de capsula proprie a glandei printr'un spaţiu, *spaţiul peri-tiroidian* sau *peri-glandular*, prin care se poate diseca împrejur glanda. In acest spaţiu găsim venele tiroidiene cât şi ramuri din arterele tiroidiene, din care cauză disecarea spaţiului nu se poate face aşa uşor, de oarecese produce hemoragie prin ruperea vaselor. Pentru acest motiv unii anatomişti i-au dat denumirea de spaţiul periculos.

Scanned with OKEN Scanner

Raporturile tiroidei şi a organelor vecine cu tecile fibroase ale reg. cervicale oferă un interes mare din punct de vedere chirurgical.

In reg. anterioară a gâtului se poate stabili existenţa a următoarelor 4 loji:

1.—*Loja sterno-cleido-mastoidiană.*—Această loje conţine m. sterno-mastoidianul. Se întinde de la pielos la teaca aponevrotică a micilor m. tiroidieni şi înapoi până la loja marelor vase cervicale.

2.—*Loja micilor m. tiroidieni.*—Conţine m. tiroidieni. Este limitată în afară de teaca aponevrotică a micilor m. tiroidieni, iar înăuntru de fascia peri-tiroidiană, care serveşte în acelaş timp de foiţa profundă tecei micilor muschi. Inapoi ca şi precedenta se întinde până la loja marelor vase.

3.—*Loja tiroidiană (viscerală).*—Conţine corpul tiroid, para-tiroidele, nervii recurenţi şi traheia. Limitată la exterior de teaca sau fascia peri-tiroidiană, iar spre partea viscerală de capsula proprie a tiroidei.

4.—*Loja vasculară.*—Conţine în două diviziuni distincte vena jugulară internă şi carotidă acompaniate de nervul pneumogastric.

Aceste 4 loji se intind înapoi până la aponevroza cervicală profundă, care se împarte şi ea în două foiţe.

Primele două loji deşi se confundă la partea superioară a cutiei toracice, sunt separate însă la nivelul istmului tiroidian.

Din punct de vedere al vascularizaţiei, putem spune că tiroida este un organ din cele mai vascularizate.

Lucrările clasice asupra vascularizaţiei sale, s'au complectat în ultimii ani, cu noile cercetări şi contribuţii ale lui *Halsted* şi *Ewans, Berard, Landstroem Delore* şi *Alamartine* şi în fine ale lui *Enderlen* şi *Hotz.*

A. — Tiroida îşi primeşte irigaţia prin patru artere care-i formează 4 pedicule vasculare.

a) —Incepem cu *artera tiroidiană inferioară,* ramură a arterei sub-claviculară, deoarece ea este cea mai importanta din punct de vedere chirurgical, atât prin volumul ce-l capătă în guşe cât şi din punct de vedere al raportului său cu nervul recurent. Artera pătrunde în lobul tiroidian prin

părţile inferioară, posterioară şi externă. Dă trei ramuri: superioară, mijlocie şi inferioară.

Ea este separată de loja vasculară, prin foiţa anterioară a aponevrozei profunde a gâtului, pe care o traversează înapoia corpului tiroid, cel mai adesea la nivelul bifurcaţiei sale.

Tot la acest nivel ea încrucişează n. recurent, cu care prezintă următoarele rapoarte importante: la dreapta trece înaintea arterei, iar la stânga înapoia ei.

Deci ne vom feri să facem ligatura ei la bifurcaţie, căci riscăm să lezăm sau să legăm şi recurentul, fapt cu urmări extrem de grave. Pentru acelaşi motiv vom evita a face ligatura în masă a polului inferior după procedeul Mickulicz.

Din observaţiile atât pe cadavru cât şi pe viu, rezultă că calea de acces, cea mai accesibilă şi mai directă, la porţiunea orizontală a art. tiroidiene inferioare, este dată de spaţiul micilor m. tiroidieni. Trecând numai prin acest spaţiu rişti cel mai puţin de a intra în raport cu vene jugulară internă de o parte, recurentul şi para-tiroidele de altă parte.

b)— *Tirodiana superioară*, ramură a arterei carotide externe, dă şi ea trei ramuri corpului tiroid ; acestea se anastomozează între ele şi deasemenea şi cu ramurile terminale ale tiroidienei inferioare cât şi cu arterele traheei, esofagului şi a muşchilor subt-hioidieni, lucru care ne face să nu ne temem de necroza tiroidei în ligatura celor patru artere tiroidiene. De altfel această legătură nu se practică în guşile cu semne de hipo-tiroidism.

c) — Tiroida mai primeşte uneori o a treia arteră numită *artera lui Neubauer*, care deci nu este constantă, dar înlocueşte uneori artera tiroidiană inferioară.

Din examinarea mai amănunţită a arterelor tiroidiene, rezultă că deşi fiecare au teritoriul lor propriu de irigaţie, ele nu sunt artere terminale, posedând însă o reţea anastomotică foarte importantă care este esenţial capsulară, adică situată în capsula proprie. Afară de acesta mai există şi o reţea anastomatică extra-tiroidiană, cum am spus mai sus, care împrumută căii indirecte de la arterele laringelui, traheei, faringelui şi esofagului.

Din punct de vedere al hemostazei rezultă, deci din cele de mai sus următoarele:

1. Ansamblul acestor anastomoze permite suplеanța integrală a două artere de aceiași parte în timp ce suplеanța de la lob la lob este mai puțin completă.

2. Ligatura a două artere a unui aceluiași lob reduce foarte apreciabil circulația, fără a produce însă necroză; vitalitatea țesuturilor fiind salvată în parte de afluxul sanguin venit din partea opusă, în parte prin colateralele extra-tiroidiene.

3. Ligatura simultană a celor patru artere tiroidiene aduce necroza, dacă colateralele extra-tiroidiene ar fi distruse în același timp, prin izolarea completă a glandei. Deci respectarea conexiunilor conjunctive a glandei, asigură acesteia, dacă nu o funcționare normală imediată, cel puțin o vitalitate de țesut glandular.

B.—Venele au și ele importanță din punct de vedere chirurgical. Se împart în: superioare, mijlocii și inferioare. Cele inferioare, formează înaintea traheii un plex sub-hioidian, pe care-l putem atinge în tiroidectomie, dând hemoragii considerabile în raport cu calibrul lor. Aceste vene sunt menținute deschise prin teci fibroase, lucru ce produce intrarea aerului în ele, când noi le rupem, o complicație din cele mai grave, în operațiile asupra tiroidei.

C.—Am spus mai sus, că glanda este în raport cu nervii recurenți. Cum în intervențiile pe guse, el este foarte amenințat, leziunile sale fiind adesea frecvente, trebue să știm că el este în pericol de a fi legat sau secționat în următoarele două puncte:

1. Nervul este în pericol la nivelul arterei tiroidiene inferioare unde trece prin ramurile sale; la dreapta cel mai adesea înainte, iar la stânga înapoia ramurilor. Se găsește separat la acest nivel de marele vase prin teaca peri-tiroidiană. Trunchiul arterei tiroidiene fiind situat înafara acestei teci, este ușor, ca urmând interstițiul micilor m. tiroidieni, de a-i face ligatura fără a leza nervul.

2. Nervul mai este în pericol și la nivelul laringelui unde îl găsim subt m. crico-faringian, fiind foarte apropiat de ram. antero-internă a tiroidienei superioare. Făcând în acest punct

o ligatură polară prea „în masă“ putem să riscăm mult, de a-l cuprinde şi pe el în ea.

D.—Alături de glanda tiroidă, mai găsim glande supra-numerare, fie încorporate în tiroidă sau situate în afara glandei. Aceste glande se numesc para-tiroide şi după *Berard* şi *Alamartine* se împart în:

a) Para-tiroide principale, care sunt două de fiecare parte, situate fiind pe partea inferioară a feţei posterioare a lobilor. Din cauza situaţiei lor, ele pot fi lezate în operaţiile asupra polului inferior, fapt care determină pe *Delore*, să nu practice ligatura în masă a polului inferior, ci să lege izolat, la distanţă de capsulă, ramurile tiroidienei inferioare.

b) Para-tiroide accesorii, care sunt situate fie retro sau subt tiroidă.

c) Para-tiroidele aberante, răspândite de toată întinderea aparatului branchial.

Grija chirurgului este să păstreze aceste glande fiind necesare economiei organismului.

Technica operaţiei în guşe.

Consideraţiuni generale asupra diverselor procedeie.

In operaţiile pe guşe putem fi călăuziţi de două principii diferite:

1. — Pimul principiu este acela de a considera guşa, ca *„o tumoare oarecare“* şi atunci excizezi porţiunile din ţesutul glandelor destinate a fi suprimate; vasele sunt legate pe măsură ce operezi şi îndată ce sângerează. Operând însă, conform acestui principiu, va trebui să ai o descoperire complectă a feţei anterioare a glandei, care nu se poate obţine decât prin secţionarea stratului muscular tiroidian. Un al doilea desavantaj pe care-l ai operând după acest principiu, este că nefăcând hemostaza preventivă, sângele inundă continui câmpul operator, care adăugat lipsei de claritate anatomică, te conduce să operezi mai mult orbeşte.

2.—Al doilea principiu este acela al *„operaţiei metodice“* bazat pe:

a) Anatomia planurilor de clivaj.

b) Dispoziţia vaselor şi a lojelor reg. anterioare a gâtului

c) Structura anatomo-patologică a diferitelor forme de guşe.

Acest principiu al operaţiei metodice se datoreşte lucrărilor de mare valoare a lui *Bilroth, Woelfler, Mickulicz, Socin, Poncet, Reverdin, Halsted etc.* Toţi chirurgi actuali operează după acest principiu.

In clinica chirurgicală a *D-lui Profesor Juvara*, se evidenţiază şi mai mult acest principiu călăuzitor.

Operaţiile pe guşe se împart în: *a)* operaţie totală şi *b)* operaţie parţială.

A.—**Ablatia totală** a guşei, se practică numai în cazurile extrem de rare de guse malignă, şi atunci încă mulţi chirurgi practică o *tiroidectomie parţială bilaterală.* Aceasta se datoreşte că tiroidectomia totală provoacă mixoedemul post-operator, fapt arătat de *Reverdin* şi *Kocher* încă din 1883.

B.—**In operaţiile parţiale,** care se practică în toate formele de guse benignă, avem trei procedeie:

1.—*Hemi-tiroidectomia,*—adică ablatia lobului tiroidian care conţine guşa. Deşi oferă avantaje de a fi de o execuţie simplă şi rapidă, prezintă şi desavantaje ca: *a)* schimbă complect arhitectura interioară a gâtului, căci lobul care rămâne va împinge traheia de partea operată; această deplasare devine şi mai vizibilă şi chiar jenantă, când acest lob la rândul lui se va guşa; *b)* expune la suprimarea aproape sigură a celor două para-tiroide; *c)* expune la secţiunea recurentului şi deci paralizia lui cu gravele lui pericole. In vechile statistici găsim numeroase cazuri. Acest fapt a determinat pe *Kocher* să menajeze capsula posterioară a lobului pentru a proteja recurentul şi în acelaşi timp şi para-tiroidele, creind astfel *procedeul lui de rezecţie-excizie.*

2.—*Rezectia,*—consistă în reducerea de volum a unui lob, prin excizia mai mult sau mai puţin cuneiformă, *„în felie de pepene“,* a unei părţi din acest lob. Deci excizăm în plină substanţă glandulară. Acest procedeu pe lângă că oferă avantajul de a fi de execuţie simplă, nu oferă nici unul din desavantajele pe care le prezintă primul procedeu.

3.—*Enuclearea,*—procedeul cel mai vechiu, consistă a face să iasă unul câte unul, nodulii din capsula lor intra-tiroi-

Scanned with OKEN Scanner

diană. Operăm deci într'un plan de clivaj intra-glandular, fiind indicată numai în gușile nodulare cu noduli mari. *Porta, J. Reverdin* dar mai ales *Socin* au pus la punct technica acestui procedeu.

In cazurile de guse cu noduli multipli și când capsula este foarte sclerozată și subțiată, *Poncet* indica procedeul său de *enucleare masivă*, care se apropie de rezecție în sensul că, se incizează capsula mai mult sau mai puțin apropiat de pediculii vasculari, sacrificând odată cu nodulul și o parte din coaja care-i învelește; rămâne însă o enucleare, pentru că odată planul de clivaj găsit în profunzime, tumoarea se decolează puțin câte puțin ca în procedeul clasic de enucleare simplă a lui *Socin*.

Prin procedeul enuclearei masive, evităm să lăsăm resturi a cărei vitalitate rămâne problematică.

In afara acestor trei procedeie avem și procedeul mixt al lui *Kocher: procedeul de rezecție-enucleație*. Acest procedeu operator, este format din jumătate rezecție și jumătate enucleare; el se aplică în gușile de tip mixt, în parte difuză, în parte nodulară.

Anestezia în operațiile pe gușe

In clinica chirurgicală a D-lui Profesor Dr. Juvara se întrebuințează aproape numai *anestezia regională a plexului cervical* adică *„blocajul"* acestui plex, foarte rare fiind cazurile când se recurge la cloroform. Este întrebuințat *procedeul superficial*, care este foarte simplu și ușor, putând printr'o singură injecție cu novocainã, să anesteziem în bloc toate cele 5 ramuri cutanate ale plexului cervical, fără a oferi pericolul de a puncționa vreun vas de sânge.

Poziția bolnavului.— Bolnavul stă așezat sau culcat.

Puncte de reper.— Se repereză marginea posterioară a m. sterno-cleido-mastoidianul. Se însemnează mijlocul acestei margini.

Technica punctiei și injecției.— Intigem acul la mijlocul marginii posterioare a m. sterno-cleido-mastoidianul și injectăm 4ctm³-6ctm³ din soluția novocainã 4%. Ne dă o anestezie perfectă și de lungă durată, fără a avea nici una din contra-

indicaţiile celorlalte metode de anestezie, totodată scutindu-ne şi de prezenţa ajutorului anestezist.

Timpii operatori şi manevre, comune diferitelor procedeie operatorii.

Ori care ar fi intervenţia, pe care ţi-ai propus, să o execuţi, trebue să ajungi repede şi uşor la corpul tiroid, traversând astfel părţile moi: piele, ţesutul celular sub-cutanat aponevrozele cervicale şi m. tiroidieni pe care ele îi conţin în foiţele lor de dedublare.

1.—Timpul I. *Incizia cutanată.*—Numeroase sunt inciziile cutanate cari au fost indicate în operaţiile de guşe.

Astfel *Lebrecht* citează deja în 1883 peste 23 de incizii cutanate diferite.

Din numărul f. mare a inciziilor cutanate, nu se pot reţine decât următoarele trei: a)—*incizia verticală mediana* a lui *Poncet*, care se poate transforma în încizie crucială pentru a avea mai multă deschidere în câmpul operator; b)—*incizia oblică* a lui *Wölfer*, care se face dealungul marginii m. sterno-mastoidianul prelungită în jos dealungul margtnii super. a claviculei opuse; c)—*incizia în cravată* a lui *Kocher*, cu o uşoară concavitate în sus este cea mai întrebuinţată azi. Condiţiile unei bune incizii cutanate sunt următoarele două:

1.—Incizia să-ţi dea o descoperire destul de largă.

2.—Să lase minimum de cicatrice.

Această incizie în cravată, este singura întrebuinţată azi în clinica D-lui *Profesor Dr. Juvara*. Deasemenea şi după statisticele de peste 2000 cazuri ale lui *Fr. de Quervain* rezultă că este singura incizie, care lasă cicatricea cea mai puţin vizibilă. Ea este suficientă în ori ce formă de guşe, cât şi pentru orice procedeu operator.

Cicatricea rămasă, va trebui din punct de vedere estetic să se ascundă în pliurile pielei şi pentru acest motiv incizia nu va fi deci net transversală, ci va urma exact aceste planuri. In rezumat va avea deci de fiecare parte direcţia f. uşor ascendentă ca a unui colier scurt, care înconjoară baza gâtului. Ştiind că pielea face un prim pliu la 2-3 ctm.

de la baza gâtului şi un al doilea pliu chiar la baza lui, vom alege pliul superior când guşa s'a desvoltst mai mult la partea superioară a glandei; iar pe cel inferior când guşa predomină spre baza gâtului. Inciziile oblice şi verticale lasă cel mai adesea o cicatrice lăţită şi mult vizibilă

2.—**Timpul II.** *Incizia părţilor moi sub-cutanate.*—In ţesutul celular găsind m. pielos şi venele jugulare, apoi aponevroza superficială şi mici m. tiroidieni în fecile or anterioare, vom proceda la:

a) *Secţiunea pielosului;*

b) *Ligatura şi secţionarea venelor.* — Nu vom face pensarea lor, pentru a nu umple câmpul operator cu pense hemostatice;

c) *Incizia aponevrozei superficiale.*—După ce vom recunoaşte uşor aponevroza superficiată, o incizăm deasupra marginei anter. a m. sterno-mastoidianul. Cu un depărtător ajutorul ne va depărta muschiul în afară; va putea fi secţionat parţial în caz de mare guşe laterală;

d) *Disocierea sau secţiunea m. subt-hioidieni.* — Subt aponevroza superficială vom găsi stratul de m. subt-hioidieni, sterno-hioidianul şi sterno-tiroidianul. Aceşti muschi întinşi fiind pe tumoare, formează uneori o masă de fibre muschiulare care o acoperă. Vom trece, fie prin interstiţiul care-i separă sau printr'unul din ei. In caz de guşe mare, putem să-i secţionăm fără nici o grije.

Subt acest ultim strat, pătrunzând în loja cervicală mijlocie vom vedea lobul tiroidian, străbătut de venele capsulare, după ce vom disocia ţesutul celular care-l acoperă.

Lobul asttel descoperit, inspecţia şi palparea lui, ne va indica dacă vom rezeca, enuclea, sau vom face o hemi-tiroidectomie sau vom alege un procedeu mixt.

De acum încep manevrele operatorii proprii fiecărui procedeu în parte.

A. — Hemi-tiroidectomie.

Hemi-tiroidectomia este excizia totală a unui lob.

Indicaţii.—1.—Când guşa este *net unilaterală* şi a înlocuit întreg ţesutul tiroidian normal. Acoasta o avem în:

a) guşa parenchimatoasă, *b*) guşa exoftalmică şi *c*) guşa poli-adenom şi poli-kistică.

2.—*Guşe bilaterală*—când volumul guşei şi starea generală a bolnavului contra indică operaţia bilaterală.

Technica. — Vom proceda mai departe la executarea timpilor operatorii:

Timpul III. — *Ligatura preventivă a art. tiroidienă inferioară.*

Principiul călăuzitor într'o tiroidectomie fiind acela, de aşi *asigura o hemostoză perfectă*, înainte de a pune bisturiul pe guşe, ne conduce de a plasa în prealabil o ligatură înafara capsulei a art. tiroidiene inferioară.

Pentru acest lucru, *Dl. Profesor Dr. Juvara* practică întotdeauna această ligatură extra-fascială şi extra-musculară a tiroidienei inferioară, înaintea timpului de luxaţie a guşei.

Domnia-Sa practică ligatura intra-fascială adică *„loco clasico"* pe care o descriu tratatele clasice ca timp operator, imediat după timpul de luxaţie, numai în cazuri foarte rare, când este împedicat, din cauza desvoltărei excesive a lobului, în sens lateral de a face pe prima.

Acelaş punct de vedere, îl are şi *Fr. de Quervain* care numai în cazurile rare de 5%, practică ligatura intra-fascială adică ligatura tiroidienei după ce am făcut în prealabil luxaţia guşei. Această ligatură preventivă, este de preferat, pentrucă asigură o luxaţie mult mai uşoară a lobului tiroidian, prin faptul că întrerupe o mare parte din torentul sanguin şi totodată dă o protecţie mult mai sigură recurentului.

Acest timp după *Dl. Profesor Dr. Juvara* îl practicăm astfel: după executarea primilor doi timpi comuni, degajăm uşor marginea mediană sau anterioară a m. sterno-mastoidianul, având grija să nu ne angajăm prea înainte între teaca acestui muschiu şi aceia a m. subt-hioidieni; vom inciza deci pe o întindere de 3 ctm. paralel marginii anterioare m. sterno-mastoidianul, teaca aponevrotică a m. subt-hioidieni şi cu un depărtător lateral, depărtăm sterno-mastoidianul împreună cu foiţa externă a acestei teci.

Angajăm degetul între această foiţă şi masa musculară a m. subt-hioidieni, atingând astfel marginea internă a carotidei pe care o degajăm, învingând rezistenţa foiţei subţiri

a aponevrozei profunde a gâtului. Ne insinuăm între faţa posterioară a lobului tiroidian şi coloana vertebrală; plimbând degetul, vom găsi trunchiul arterei tiroidiene inferioară în raport cu creşterea guşei, fie la nivelul clasic „*tuberculul lui Chassagnac*", fie mai sus sau mai jos de el.

Cu depărtătorul lateral extern, ajutorul ne depărtează toată masa înafară, împreună cu carotida, în acelaş timp cu un al doilea depărtător introdus înăuntrul degetului nostru depărtăm lobul tiroidian, prezentând astfel artera tiroidiană inferioară în mijlocul câmpului operator, uşor accesibilă pentru a fi legată. Pentru a face ligatura tiroidienei inferioare, trebue să o denudăm bine spre *punctul ei de ramificaţie*, deoarece la acest nivel, după cum am spus la datele anterioare, are raporturi intime cu n. recurent care fie că o încrucisează fie că trece prin cele 2 ramuri ale ei.

Kocher, indică ligatura pedicului tiroidienei inferioare imediat în *vecinătatea carotidei*, pentrucă dă maximum de garanţii, că nu vom atinge recurentul. *D-l Profesor Juvara* face legătura arterei numai în acest punct. Un accident posibil, ar fi ruperea venei tiroidiene mijlocii, în timpul manevrei de căutare digitală, atunci când ea există, se va lega imediat.

Timpul IV. — *Izolarea şi ligatura pediculului vascular tiroidian superior.*

Lobul tiroidian bolnav, fiind expus gol în câmpul nostru operator, în urma pătrunderei în spaţiul tiroidian, aşa după cum am expus mai sus, prin disocierea m. tiroidieni de pe convexitatea lui şi incizia foiţei interne a tecei lor aponevrotice, se trece la izolarea şi ligatura arterei superioare tiroidiene. Se va căuta la partea superioară elementele pediculului vascular tiroidian superior. Uşor de izolat, ele vor fi pensate de partea glandei, legate de partea opusă şi apoi secţionate. De multe ori se leagă numai ramurile antero-externe ale arterei însă aproape de polul superior, alteori se plasează chiar o ligatură polară completă.

Timpul V. — *Decolarea şi luxarea în afară a lobului tiroidian bolnav.*

Acest timp aşa de important devine f. uşor dacă se procedează cu ligaturile, aşa cum am arătat până acum. El se practică, numai cu degetul, care înconjoară tumoarea de sus în jos şi de dinafară înăuntru, pe toată întinderea sa,

Scanned with OKEN Scanner

în planul de clivaj, situat după cum am spus, între fascia tiroidiană şi capsula proprie, adică în spaţiul peri-tiroidian. Degetul nostru se va angaja subt polul inferior al lobului, pe care-l va libera pentru a proteja calibrul traheii; luxăm, apoi lobul din loja sa, printr'o presiune uşoară, exersată cu degetul asupra polului superior. In timpul decolărei, pensăm şi secţionăm venele tiroidiene laterale, care pătrund izolat în tumoare şi care uneori sunt foarte voluminoase. *In caz de ramolisment al traheii, Poncet* indică să începi prin secţionarea istmului, care va degaja astfel traheia şi luxezi lobul dinăuntru în afară, fără să apeşi pe ea.

Uneori însă, mai rar de altminteri, luxarea guşei devine foarte dificilă, când lobul este angajat înapoia organelor viscerale ale gâtului (*guşe sterno-traheială*), sau când polul său inferior se întinde în cutia toracică (*guşe retro-sternală*) sau în fine, în caz de lobulaţie excesivă a guşei. In acest caz pediculul vascular şi chiar recurentul, pot trece printre doi noduli şi deci printr'o manevră mai intempestivă îi putem leza. Putem însă uşura manevra de luxaţie prin *artificiul lui Perthes* şi *Clossen*, care leg un fir gros, în formă de ansă, prin ţesutul guşei de 2—3 ori, în telul unui surjet, legând apoi ambele capete. Ne serveşte aceasta ca un bun mijloc de tracţiune. Dacă nici această tracţiune, nu ajunge pentru a luxa guşa, insinuăm cu prudenţă indexul nostru subt polul inferior. Cu această ultimă manevră, reuşim sigur, însă cere răbdare. In caz de guşe intra-toracică ne este impus de multe ori, pentru a ajuta la luxarea ei, să secţionăm parţial m. sterno-mastoidianul.

Timpul VI. — *Secţiunea istmului.*

Lobul decolat, este atras şi răsturnat înăuntru. Il separăm de traheie, la care aderă prin tracturi fibroase, pe care le secţionăm cu bisturiul. In timpul acestei ultime decolări, se întâmplă ca adesea bolnavul să înceapă să respire greoi; ajunge numai să lăsăm puţin tracţiunea pe traheie, pe care o ridică în sus, pentruca respiraţia să redevie normală.

După ce am sfarşit decolarea, punem o pensă Kocher pe istm, pe care-l secţionăm apoi înafara ei, dinapoi înainte pentru a evita şi aci recurentul.

După aceasta, procedăm la ligatura istmului cu un cat-

gut solid. *Kocher* pentru a evita leziunea recurentului la contactul cu traheia, indică să nu denudezi traheia, ci să laşi o languetă de ţesut tiroidian, care va proteja recurentul sèrvind în acelaş timp şi de atelă protectoare a traheii.

Timpul VII. — *Închiderea plăgei.*

Un dren este lăsat, în cavitatea rezultată, prin ablaţia lobului, apoi planurile aponevrotice şi musculare sunt reconstituite printr'un surjet de de catgut, iar pielea suturată cu criu de Florenţa sau setolină.

B.— Enucleaţia subt-capsulară sau intra-glandulară.

Enuclearea procedeul cel mai vechiu, consistă în a face să iasă nodulii de guşe din capsula lor intra-tiroidiană, unul câte unul. Din 1840 *Luigi Porta* descrisese şi practicase decorticaţia guşilor nodulare din interiorul tiroidei. *Billroth, Wolff, Kottmann, Burckhardt, Reverdin, Poncet* utilizează enuclearea succesivă fie pentru guşi, fie pentru kisturi. Insă *Socin*, este cel care-i puse technica perfect la punct, şi care extinse indicaţia sa, la un număr considerabil de guşi. *Poncet*, într'o comunicare făcută Academiei de Medicină în 1896 cât şi într'un raport înaintat congresului francez de chirurgie în 1898 susţine să recurgi la *enuclearea masivă* în caz de guşe cu nuclei multipli, când capsula este foarte scleroasă şi subţiată în punctele de proeminenţă a tumorilor, pentru a evita astfel incizii multiple a capsulei şi menajarea ţesutului sănătos tiroidian, care nu sunt posibile în enuclearea simplă intra-glandulară a lui Socin.

Deci în rezumat enucleaţia subt-glandulară se subîmparte în două procedeie: 1.— *procedeul de enucleare simplă intra-glandulară a lui Socin* şi 2.—*procedeul de enucleare masivă a lui Poncet* — Le vom descrie pe rând.

1.—*Procedeul de enucleare simplă intra-glandulară a lui Socin.*

Indicaţii.—In *guşile nodulare* cu un singur nodul sau câţiva noduli, noduli perfect izolaţi de ţesutul tiroidian şi f. uşor de separat prin planurile lor de clivaj.

Technica — După ce am descoperit complect lobul tiroidian bolnav prin cei doi timpi operatorii comuni şi am

făcut hemostaza prealabilă, trecem la timpii speciali ai acestui procedeu operator:

Timpul IV. — *Incizia glandei.* Nodulul se izolează uşor de glandă dacă găsim planul bun de clivaj. Pentru aceasta incizezi lobul tiroidian strat cu strat, oprindu-te când ajungi la tumoarea care se recunoaşte uşor prin coloraţia sa mai palidă, prin consistenţa sa mai dură sau mai renitentă.

Timpul V.—*Enucleerea nodului.*— Odată ajunşi în stratul de separaţie al nodulului, de ţesutul normal tiroidian, cu degetul îl decolăm uşor de jur împrejur, cu o rapiditate uneori surprinzătoare, scoţându-l apoi în afară, din învelişul său. Această manevră este asemănătoare scoaterei unui sâmbure de prună. Esenţial este să nu începem decolarea lui, până nu avem siguranţa deplină că ne aflăm în planul de clivaj; se va explora apoi din nou lobul pentru a vedea dacă mai se află şi alţi noduli în care caz, procedăm ca mai sus.

După această ablaţie, rămâne o cavitate care sângerează şi pe care un tamponament o opreşte uşor.

Timpul VI.— *Inchiderea plăgii.*—Se uneşte din profunzime la suprafaţă, plaga tiroidiană prin surjet de catgut lăsându-se însă în marea majoritate a cazurilor puţin loc pentru un mic dren de setolină, apoi printr'o sutură nouă cu catgut, se reface capsula peri-tiroidiană, se apropie elementele aponevrozei medii şi superficiale, suturând apoi pielea minuţios reunită, prin setolină, afară de colţul pe unde iese drenul.

2.—*Procedeul de enucleare masivă a lui Poncet.*

Indicaţii.—In *guşile cu noduli multipli,* când capsula este f. scleroasă şi subţiată în punctul de proeminenţă al tumorilor **Technica** —Enucleerea masivă, se apropie şi de rezecţie prin aceea că se incizează capsula mai mult sau mai puţin aproape de pediculele vasculare, sacrificând odată cu nodulii şi partea din coaja de ţesut tiroidian care-i acoperă; rămâne însă o enucleare, pentru că odată planul de clivaj regăsit în profunzimea glandei, tumoarea se decolează cu degetul puţin câte puţin. Se evită astfel prin acest procedeu de a deschide capsula prin mai multe incizii şi de a lăsa în câm-

Scanned with OKEN Scanner

pul operator resturi sdrenţuite a căror vitalitate rămâne întotdeauna problematică. Închiderea plăgii şi drenajul ei, ca la procedeul lui Socin.

C. — Rezecţia

Primele rezecţii lură făcute de *Kelbune, King, şi Sidney Jones*, pentru a suprima istmul singur şi a libera astfel traheia. *Mickülicz* dădu primul în 1880, o technică regulată, însă complicată a rezecţii de guşe. *Zoege von Manteuffel* îndică în 1898 rezecţia în *„felii de pepene“*

Indicaţii — In caz de mărire de volum, difuz parţială a unui lob, fie parenchimatoasă sau de conglamerat de mici noduli.

Technica — Technica operatorie va urma aceiaşi cale ca şi la tiroidectomie, cu aceiaş timpi de descoperire a lobului, de hemostaza şi de luxarea lui, după care vom trece la timpul special de rezecţie.

Rezecţia, va fi făcută sau în *„felie de pepene“* sau va prezenta o formă mai mult sau mai puţin regulată în raport cu întinderea ei. Vom avea grijă practicând rezecţia, de a păstra extremitatea polului superior, aceasta pentru a împiedica alunecarea ligaturei plasate pe vasele polului.

Inchiderea plăgei tiroidiene se face printr'o sutură cu catgut, fie în surjet, în puncte separate sau în U.

Când am făcut o rezecţie voluminoasă, vom stabili două planuri de sutură: un prim plan de sutură intra-tiroidian, un fel de capitonaj şt un al doilea plan de sutură al marginilor. Drenaj, cu sutura planurilor aponevrotice şi a pielei.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAŢIUNI

Observaţia I. — *Francisc M.*, cismar, 37 ani. *Diagnostic :* guşe exoftalmică. Operat la 8 V 1923 de D-l *Profesor Juvara, Dr. Hristide.*

Anestezie regională pe plexul cervical cu novocaină 4%.

Operaţia : Tiroidectomie parţială şt. Incizie în cravată, ligatura preventivă a art. tiroidiene infer., luxarea lobului, apoi se procedează la tiroidectomia parţială. Refacerea planurilor şi sutură a tegumentului cu setolină. Drenaj cu setolină într'un colţ al plăgei.

Observaţia II. — *Ion F.*, funcţionar 42 ani. *Diagnostic :* guşe exoftalmică. Operat la 5 XI 1923 de D-l *Profesor Juvara, Dr. Olaru.*

Anestezie regională pe plexul cervical.

Operaţia: tiroidectomie parţială dr. Drenaj.

Observaţia III. — *Evdochia L.*, 28 ani. *Diagnostic :* guşe kistică. Operată la 28 XI 1923 de D-l *Profesor Juvara, Dr. Olaru.*

Anestezie regională pe plexul cervical.

Operaţia : enuclearea intra-glandulară.

Observaţia IV. — *Viorica N.*, 17 ani. *Diagnostic :* guşe parenchimatoasă. Operată 29 XI 1923 de D-l *Profesor Juvara, Dr. Olaru.*

Anestezie regională pe plexul cervical.

Operaţia : tiroidectomie parţială st.

Observaţia V. — *Regina L.*, 18 ani. *Diagnostic*: guşe Kistică. Operată 14 I 1924 de Dl. *Profesor Juvara, Dr. Olaru.*

Anestezie regională pe plexul cervical.

Operată: enuclearea intra-glandulară.

Observaţia VI — *Ana T.* 25 ani., *Diagnostic*: guşe parenchimatoasă. Operată 15 II 1924 de Dl. *Profesor Juvara, Dr. Hristide.*

Anestezie regională pe plexul cervical.

Operaţia: tiroidectomie parţială dr.

Observaţia VII — *Dora Gh.*, 22 ani. *Diagnostic*: guşe exoftalmică Operată 10 VI 1925 de Dl. *Profesor Juvara, Dr. Olaru.*

Anestezie regională pe plexul cervical.

Operaţia: tiroidectomie parţială st.

Observaţia VIII *Ludovic G.*, 25 ani. *Diagnostic :* guşe parenchimatoasă. Operat 5 II 1925 de Dl. *Profesor Juvara Dr Hristide.*

Anestezie regională pe plexul cervical.

Operaţia tiroidectomie parţială st.

Observaţia IX. — *Zamfira P.* 37 ani. *Diagnostic*: guşe nodulară. Operată la 16 V 1925 de D-l *Profesor Juvara, Dr. Hristide.*

Anestezie regională pe plexul cervical,

Operaţia : enuclearea intra glandulară.

Observaţia X. — *Maria M.*, 33 ani. *Diagnostic :* guşe exoftalmică. Operată la 5 VI 1925 de D-l *Dr. Hristide — intern Duminică.*

Anestezie regională pe plexul cervical.

Operaţia ; tiroidectomie parţială dr.

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUZIUNI

I. — *Anestezia, fiind un factor de căpetenie, pentru a opera în condiţiuni cât mai bune o guşe,* **anestezia regională pe plexul cervical,** *se prezintă ca cea mai ideală anestezie, în asemenea intervenţiuni.*

II. — *Hemostaza preventivă, prin ligatura arterei tiroidiene inferioară, uşurează şi simplifică mult ceilalţi timpi operatori.*

III. — *Proceaeul operator este indicat de structura şi forma guşei. Astfel:*

a) **Tiroidectomia parţială,** *este indicată în guşile parenchimatoase şi guşile basedowiate, când întreg ţesutul glandular al unui lob tiroidian, a fost înlocuit de ele.*

b) **Enuclearea simplă intra-glandulară,** *este indicată când guşa se prezintă sub forma anatomo-patologică a unui singur sau doi, trei noduli incapsulaţi, în ţesutul sănătos tiroidian şi perfect izolaţi de el.*

c) **Enuclearea masivă,** *este indicată în caz de guşe cu noduli multipli, când capsula este foarte scleroasă şi subţiată, în punctul de proeminenţă al tumorilor.*

d) **Rezecţia,** *este indicată în caz de mărire de volum difuz parţială a unui lob, fie parenchimatoasă, sau de conglomerat de mici noduli.*

IV. — *Drenajul, cavităţii rezultată prin ablaţia guşei este obligator câteva zile, în marea majoritate a cazurilor.*

Văzută şi bună de imprimat.

Preşedintele tezei

(ss) Prof. Dr. E. Juvara

Decanul Facultăţii

(ss) Prof. Dr. Th. Ionescu

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUSIONS

I. — *L'anésthésie, étant un facteur principal pour opérer dans des meilleures conditions un goître, l'anésthèsie regionale sur le plexus cèrvical, se présente comme l'anésthésie la plus idéale, dans des interventions semblables.*

II. — *L'hémostase preventive, par la ligature de l'artère thyroidienne infèrieure, facilite et simplifié les autres temps operatoires.*

III. — *Le procédé operatoire est indiqué par la structure et forme du goître. Ainsi :*

a) *Thyroidectomie partielle est indiqué dans les goîtres parenchimateuses et ceux de Bassedow, quand l'entier fissu glandulaire d'un lob thyroidien à été remplacé par lui.*

b) *L'énucléation simple intra-glandulaire, est indiqué quand la goître se presente sous la forme anatomo-pathologique d'un seul, ou bien deux ou trois nodules incapsulées, dans le tissu thyroidien sain et parfaitement isolé par lui.*

c) *L'énucléation massive, est indiqué en cas de goître avec nodules multiples, quand la capsule est très sclèreuse et amincie dans le point de proéminence des tumeurs.*

d) *La réséction, est indiqué en cas d'augmentation de volume diffus partial d'un lob, soit parenchimateuse ou bien de conglomérats des petites nodules.*

IV. — *Le drainage, de la cavité resultée par l'ablation des goître, est obligatoire pendant quelques jours, dans la majorité des cas.*

Vue et bonne à imprimer.

Le président de la thèse
(ss) **Prof. Dr. E. Juvara**

Le doyen de la Faculté
(ss) **Prof. Dr. Thomas Ionnesco**

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

a) *Anatomie*

Brian E.— L'innervation du corps thyroïd, recherches, anatomiques et physiologiques. Baillière, Paris, 1898.

Chemin A. — Contribution à l'étude des restes chez l'adulte de l'ébauche thyroïdienne mediane. Cadoret, Bordeaux, 1895.

Elkes Ch.—Der Bau die Schilddrüse um die Zeit der Geburt. Diss. Königsberg if. Pr. 1903.

Getzowa S. — Ueber die Gl. parathyreoidea intrathyr. Zellhaufen und Keste des postbr. Körpers. Wirch. Arch. t. 188. 1907.

Juvara Ernest. — Manual de anatomie chirurgicală. Bucureşti, 1925.

Lübcke O. — Bierträge zur Kentnis der Schilddrüse. Diss. kostok. Wirch. Arch. t. 167, 1902.

de Quervain Fr. — Zur Technique der Kropfoperation D. Zeitsch. f. Chir. t. 116, 1912.

Sobota J.—Anatomie der Schilddrüse., in Haudb. d. Anat. d. Meuschen v. Bardeleben. t. 6, 1915.

Stierhn R.—Ueber morphologische Anomalien der Schilddrüse. Schw. Rundschau f. Med. No. 26, 1912.

Truffert P.— Le cou, anatomie topographique. Les aponévroses. les loges, L. Arnette. Paris, 1922.

b) *Tratamentul operator al guşei.*

Ach A. — Ueber die Technik bei Kropfoperationen Beitr. z. Klin. Chir. t. 93, 1904.

Alamartine L. — La technique actuelle des opérations pour goitres. Rev. de Chir. t. 48, 1913.

Arndt C. — Technik der Kropfdislokation Ztbl. f. Chir. t. 38, 1910.

Berard L. — A propos de mille opérations pour goitres. Bull. de l'Acad. de Méd. Paris. t. 83, 1920.

Bossart.—Ueber 1400 Struma operationen der Kranken anstalt Aaren Beitr. z. Klin. Chir. t. 99, 1914.

Bruns P.—Die Entwicklung der modernen Behandlungen des Kropfes. Berl. Klin. W. t. 33, 1896.

Claessen M. — Erleichterung schwieriger Strumektomien durch Anweidlung grosser Umstechnug und Zügel. Ztbl. f. Chir. t. 47, 1920.

Scanned with OKEN Scanner

Du Clot H. — De l'énucléation massive des goitres. (Opération de A. Poncet) Thèse de Lyon, 1901.

Eicken v. Ch. — Strumaoperationen bei eingeführten Tracheoskop. Ztchr. f. Chir. t. 46, 1910.

Halsted W. S.—The operative story of goîter. Johns Hopkins. Hosp. Rep., t. 19, 1914.

Hotz W.—Beiträge zur Kropfoperationen Schw. Med. W. z. 1 1920.

Klose H.— Ueber Kropfrezidive, Klin. W. No. 38, 1922.

Kocher Th. — Ueber Kropfextripation und ihre Folgen. Arch. f. Klin Chir. t. 20, 1883.

— Chirurgische Operationslehre 5 Aufl. G. Fischer. Jena, 1907.

— Ueber. Kropfoperation bei gewöhnlichen Kröpfen nebst Bemerkungen zur Kropf prophylaxie Verh. d. Schw. Ges. Z. Chir. t. 47. No. 49, 1917.

Mayo C. H.—The traitement of goîter. Monthly cyclop. a med. bull. t. 17, 1914.

Mitrowitch P.—Contribution á l'étude de l'énucléation et de l'éxtirpation partiélle du goître Thèse de Genève, 1901.

Näegeli Th. — Ueber 1000 Kropfkranke aus der Garnschen Klinik. 1907—1918. Bertr. z. Klin. Chir. Z. 115, 1919.

de Quervain Fr.—Zur Technik der Kropfoperation, Zeitchr. Z. Chir. t. 116. 1912.

— Weiteres. zur Technik der Kropfoperatiăn, D zur Technic der t. 134, 1915.

— Preliminary hemostasis in goiter operation. Surg. Gynec. Obst. Oct. 1916.

— Evoluzione e stato attuale della operazione del gozo. Ref. Med. 1922.

— Le goitre. Paris. A. Maioine et fils. 1923.

Reverdin J. L.—Rapport sur le traitement chirurg. du goitre. Congr français de chirurg. 1898. Alcan. Paris.

— Some remarks on the intraglandular enucleation of goiter. Surg. Gynec. Obst. March. 1908.

Roux. — Raport sur la chirurgie du goître. Compte rendu de la Soc. Suisse de Chir. 1917.

Steinmann Fr.—Beitrage zur Kropforrlagerung. Arch. Z. Klin. Chir. t. 74, 1904.

Wölfler A.—Die chirurgische Behandlung. de Kropfes. Berlin 1913.

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 2422

CERCETĂRI

ASUPRA

Stărei sistemului nervos organo-vegetativ în febra tifoidă la copii

TEZA

PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută la 15 Februarie 1926

DE

ION ULEIA

Fost Extern al Spitalelor Eforiei

TIPOGRAFIA BISERICEASCĂ DIN SF. MONASTIRE CERNICA

1 9 2 6.

Scanned with OKEN Scanner

Decan: D-nul Profesor Dr. TOMA IONESCU

PROFESORI TITULARI:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	**Angelescu C.**
Chimia medicală	„ „	**Atanasescu N.**
Clinica chirurgicală infantilă şi ortopidia	„ „	**Bălăcescu I.**
Anatomia patologică Bacteriologia şi patologia experimentală	„ „	**Babeş V.**
Istologia normală şi istogeneza	„ „	**Besnea Şt.**
Medicina experimentală	„ „	**Cantacuzino I.**
Clinica ginecologică	„ „	**Daniel C.**
Clinica II-a medicală	„ „	**Danielopolu D**
Anatomia topografică II	„ „	**Gerota D.**
Clinica şi teoria obstetricală	„ „	**Gheorghiu N.**
Anatomia topografică I Clinica I chirurgicală	„ „	**Ionescu Toma**
Clinica III-a medicală	„ „	**Ionescu D.**
Clinica III-a chirurgicală	„ „	**Juvara E.**
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	**Jianu A.**
Farmacologia şi materia medicală	„ „	**Lalu S.**
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	**Meţianu N.**
Clinica boalelor nervoase	„ „	**Marinescu Gh.**
Clinica medicală infantilă	„ „	**Manicatide M.**
Igiena şi poliţia sanitară	„ „	**Mezincescu D.**
Medicina legală	„ „	**Minovici M.**
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	„ „	**Manolescu D.**
Clinica I-a medicală	„ „	**Nanu-Muscel I.**
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „	**Nicolau St.**
Clinica mintală	„ „	**Obregia Al.**
Fisiologia umană	„ „	**Paulescu N.**
Patologia generală	„ „	**Proca Gh.**
Anatomia descriptivă şi embriologia	„ „	**Rainer Fr.**
Patologia medicală	„ „	**Thomescu Th.**
Clinica terapeutică	„ „	**Theohari A.**
Botanica medicală	„ „	**Solacolu T.**
Zoologia medicaiă	„ „	**Zotta Gh.**

PROFESORI AGREGAŢI:

Medicina operatorie . . . . . D-l Dr. **Constantinescu C.**

PREŞEDINTELE TEZEI

Prof. Dr. **M. Manicatide**

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprima nici aprobare nici desaprobare.

Scanned with OKEN Scanner

PĂRINȚILOR MEI,
INCHIN ACEASTĂ MODESTĂ LUCRARE

FRAȚILOR ȘI SURORILOR MELE,
TOATĂ DRAGOSTEA

Scanned with OKEN Scanner

D-lui Prof. Dr. M. MANICATIDE, sub patronajul căruia am făcut această teză și care-mi face onoarea s'o prezideze, îi aduc omagii respectoase și-l rog să primească cele mai înalte sentimente de recunoștință.

In serviciul D-sale am funcționat ca extern și l'am urmărit timp de un an și jumătate — învățând acolo o bună parte din medicină. Spiritul D-sale larg, erudiția medicală, bunătatea excepțională, nu le voi uita niciodată.

D-lui Dr. AL. SCHILER — medic secundar — D-lui Dr. HAGIESCU și celuilalt personal al clinicei medicale infantile, le mulțumesc pentru sfaturile și ajutoarele date în timpul cât am frecuentat acest serviciu.

Juriului meu de promoție, Domnilor Profesori ai Facultății de medicină și D-lor șefi de servicii spitalicești — omagii respectoase.

D-lui Dr. MACHELARIE, medicul șef al spitalului din Câmpulung, dela care am învățat deontologia medicală și multe lucruri interesante — îi mulțumesc.

Colegilor mei de facultate și prietenilor, iubire și dragoste.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Văzând importanţa crescândă ce să dă sistemului nervos-vegetativ în regularea funcţiunilor de nutriţie ale organismului, mi-am propus ca în teza mea inaugurală să intru în domeniul acestei chestiuni.

Convins de importanţa sa în toate boalele în care a fost studiat, îi prevăd un mare viitor în diagnostic şi terapeutică, atunci când vom reuşi să posedăm cauzele uşoarei sale instabilităţi.

Am hotărât să fac cercetări în această direcţie în febra tifoidă la copii, unde bănuiam modificări din analiza tuturor simptomelor prin care se caracterizează această boală.

Fiindcă la copii sistemul vegetativ este mai puţin studiat decât la adult, ne-am lovit şi noi, ca şi D-l Dr. Hagiescu de incovenientul că rezultatele publicate asupra stării tonusului vegetativ la copiii normali sunt contradictorii — am fixat cu greu, — ajutat şi de câteva cercetări comparative făcute de noi la copiii normali — acest tonus.

Impărţim această lucrare în 3 capitole:

1° Noţiuni generale asupra sistemului nervos organo-vegetativ.

2° Observaţiuni asupra metodelor de explorare ale sistemului vegetativ întrebuinţate de noi în febra tifoidă la copii şi la copiii normali.

3° Cercetări asupra stării sistemului nervos-vegetativ în febra tifoidă la copii.

Scanned with OKEN Scanner

I. Noţiuni generale asupra sistemului nervos organo-vegetativ

ISTORIC

In evoluţia acestei chestiuni distingem două perioade;
1° **Perioada obscură** — anatomo-istologică — până la Eppinger şi Hess în care: Winslow descrie marele simpatic Estienne îl diferenţiază de vag, Remak îi observă lipsa tecei de mielină (astăzi se ştie că rami-comunicante au fibre cu mielină), Reil şi Meckel descriu plexul solar ca un organ central, iar Jaboulay, Ionescu, Lavastine, fixează detalii anatomice. Nissl şi Cajal, prin colorăţiunile lor speciale, ajută la cunoaşterea acestui sistem.
2° **Perioada modernă** — clinico-experimentală, — care începe cu Eppinger şi Hess (1910). Langley arată experimental marea asemănare între efectele adrenalinei şi excitaţia simpaticului. Eppinger şi Hess deosebesc experimental două sisteme bine definite cu efecte antagoniste, simpaticul şi parasimpaticul.

Cercetări clinice mai fac: Güttman, Löbstein, Müller, Giovani, Castelino, Langley, Lewis, Briquet, A. Thomas, Harvier etc.

Jaboulay, Ionescu, Leriche, Förster, Gomoiu etc., fac experimentări chirurgicale — asupra sistemului vegetativ.

Danielopolu şi colaboratorii săi studiază amănunţit sistemul nervos autonom al inimei şi ajutat de numeroase experienţe, pune oarecum la punct chestiunea sistemului vegetativ. Guillaume şi compatrioţii săi se ocupă în deaproape de partea clinică descriind neurotonia, vagotonia şi simpaticotonia, — precum şi de partea anotomo-fiziologică.

Scanned with OKEN Scanner

Clasificaţie şi morfologie

E foarte greu să dăm o clasificaţie a sistemului nervos vegetativ, fiindcă autorii întrebuinţează termeni deosebiţi şi fac clasificaţii ce diferă mult dela unii la alţii, totuşi am putut constata că au cam aceleaş vederi. Adoptăm şi noi următoarea clasificaţie a Prof. Danielopulu:

1° Simpaticul propriu zis, marele simpatic sau orto-simpaticul, ce ia naştere din măduva dorso-lombară.

2° Parsimpaticul format din 3 porţiuni:

a) Craniană, *b*) toraco-lombară, *c*) pelviană.

Din punct de vedere morfologic s'a descris la sistemul organo-vegetativ:

1° *Sistemul intravisceral* — format din ganglioni automotori — aşezaţi în aproprierea sau în grosimea viscerelor, ce asigură echilibrul funcţional al organelor, prin legătură cu cele două grupuri antagoniste, simpatic şi parasimpatic, puse şi ele sub autoritatea centrilor vegetativi superiori.

2° *Sistemul extravisceral* — format din simpatic şi parasimpatic se compune din:

A. **Centri vegetativi superiori:**

a) Cerebrali-situaţi în scoarţă, nucleii periventriculari.

b) Pedunculari — nucleul pupilar.

c) Bulbari — cu nucleul lacrimal, facial, salivar superior, salivar inferior, al vagului, al spinalului.

d) Medulari, situaţi în cornul lateral sau în unghiul format din unirea cornului anterior cu cel posterior.

B. **Fibre preganglionare — ganglioni — fibre postganglionare**, unde descriem separat:

1° *Grupul simpatic.* — Măduva trimite glandelor sudoripare, vaselor, muşchilor părului, fibre simpatice prevăzute cu mielină. Din cornul lateral pleacă fibra preganglionară, care trece prin rami-comunicanta albă şi se termină într'un ganglion al lanţului paravertebral în jurul unui alt neuron, ce se continuă cu un cilandrax cu mielină ce trece prin rami comunicanta cenuşie, ramura anterioară a nervului spinal — până la organele pe cari le-am anunţat.

De obiceiu sinapsul se face în ganglionul cel mai apropiat.

Pentru faţă, iris, glande lacrimale, muschiul lui Müller, parotidă, submaxilară, sinapsul se face în ganglionul cervical superior.

Pentru inimă şi plămâni, sinapsul se face în ganglionul stelat.

Pentru stomac, intestin subţire, cec, ficat, căile biliare, rinichi, capsule suprarenale, fibrele ce ies din măduva dorsală între 6—12 vertebră, trec prin ganglionii paravertebrali,

Scanned with OKEN Scanner

prin rădăcinele nervilor splanchnici, fac sinapsul în ganglionul celiac şi de aci prin fibre postganglionare ajung la organele enumerate.

Pentru colon transvers, descendent, iliac şi rect, fibrele preganglionare, eşite din primele segmente lombare, formează nervul mic splanchnic, ajung la ganglionul mezenteric unde se face sinapsul şi de unde prin fibre postganglionare ajung la organe.

Vezica urinară primeşte inervaţia simpatică dela porţiunea lombară superioară, trece prin plexul hipogastic şi face sinapsul în ganglionii plexului vezical.

Pentru organele genitale mascule, fibrele preganglionare vin tot din porţiunea lombară superioară, fac sinapsul în plexul nervos al micului bazin (plex cavernos pentru penis, plex vesicolo-seminal pentru vesicula seminală şi poate şi canalul diferent şi testicol etc).

Pentru organele genitale femenine sinapsul e în ganglionul lui Frankenhäuser, de unde prin fibre post-ganglionare ajung la vagin, uter, tompă, ovar.

Muşchii voluntari ar avea şi ei o inervaţie simpatică fără să cunoaştem calea pe care o urmează fibrele (Danielopolu).

2° *Grupul parasimpatic*: Cu neuronii de origină împrăştiaţi în toată lungimea axului cerebro-spinal şi împărţindu-l în:

a) **Parasimpaticul cranian** cu:

1° Parasimpaticul ocular, având nucleul de origină în partea internă a nucleului oculo-motor comun, cu fibre preganglionare ce merg prin oculo-motor-comun la ganglionul ciliar unde se face sinapsul şi de aci la musculatura intrinsecă a ochiului.

2° Parasimpaticul lacrimal, cu origina în apropierea nucleului facialului, cu sinapsul în ganglionul sfeno-palatin — apoi la glanda lacrimală.

3° Parasimpaticul facial cu sinapsul în ganglionul sfeno-palatin de unde pe traectul trigemenului merge la glandele sudoripare şi muşchii piloşi ai feţei.

4° Grupul salivar, compus dinnucleul salivar superior, cu fibre ce fac sinapsul în ganglionul submaxilar şi de aci la glanda submaxilară şi din nucleul savilar inferior cu fibre ce fac sinapsul în ganglionul otic şi de aci pe calea nervului auriculo-temporal la parotidă.

b) **Parasimpaticul sacrat,** cu origina între cornul anterior şi cel posterior. Fibrele par că ies prin cornul şi rădăcina posterioară, cu fibre preganglionare formând un plex al micului bazin presărat de mulţi ganglioni, unde se face sinapsul şi de unde prin fibre post-ganglionare, se face iner-

Scanned with OKEN Scanner

vaţia parasimpatică a jumătăţei stângi a colonului, rectul băşica urinară şi organele genitale.

La femei şi sinapsul parasimpatic se face pentru organele genitale, tot în ganglionul lui Frankenhäuser.

c) **Parasimpaticul dorso-lombar.** Cu fibre ce es din porţiunea dorsală a măduvei (cornul posterior) pentru glandele sudoripare, pilomotori, vase, muşchi voluntari (Danielopolu).

Fibrele descrise mai sus, simpatice şi parasimpatice, ar fi calea centrifugă a inervaţiei vegetative, pe când calea sensitivă care ar ordona intervenţias simpaticului, e puţin cunoscută pentru unele organe, iar pentru altele deloc.

Trebue să mai ştim că parasimpaticul conţine şi fibre simpatice şi simpaticul conţine şi fibre parasimpatice (Danielopolu).

Noţiuni de fiziologie

După ce am văzut anatomia sistemului vegetativ, să vedem acum rolul său.

Simpaticul şi parasimpaticul au asupra organelor o acţiune strict antagonistă. Acolo unde parasimpaticul e inhibitor, simpaticul e excitator şi invers. Acest antagonism nu se exercită între ei reciproc (acţiunea simpaticului nu anihilează pe a parasimpaticului) ci prin intermediul organului în cauză, a cărui inervaţie sensitivă ordonă intervenţia în plus sau în minus a simpaticului sau a parasimpaticului. Prin această acţiune antagonistă, ajutată de centrii vegetativi superiori, se creiază un echilibru în toate organele, asigurându-se astfel funcţionarea lor. In orice organ, atât simpaticul cât şi parasimpaticul posedă un tonus, pe care-l numim absolut. Din acţiunea reciprocă a acestui tonus absolut simpatic şi parasimpatic asupra ganglionilor automotori, rezultă tonusul relativ.

Profesorul Danielopolu fixează pentru inimă tonusul vegetativ normal al adultului:

Tonusul relativ 70 pulsaţii pe minut
„ absolut simpatic 125 pe minut
„ „ parasimpatic 50 pe minut.

Starea tonusului absolut simpatic şi parasimpatic, modifică prin urmare tonusul relativ şi deci starea vegetativă a organelor în general, sau numai local a unui organ. Pentru ca acest tonus vegetativ să se menţină în limitele normale, mediul circulant trebue să conţină substanţe cari să întreţie de o parte tonusul simpaticului, de alta tonusul parasimpaticului. La normali trebue să considerăm mediul

Scanned with OKEN Scanner

circulant ca un mediu amfotrop, în care factorii simpaticotropi şi parasimpaticotropi se găsesc unii faţă de alţii în aşa proporţii, încât echilibrul funcţional normal al sistemului vegetativ să fie asigurat. Compoziţia mediului schimbă acest echilibru şi avem schimbări chiar în mod normal în raport cu diferitele faze ale funcţionărei organismului (digestia, somn, inspiraţie, etc'.

Amfotropismul mediului circulant al organismului, s'a dovedit prin experienţe, că este întreţinut de produsul glandelor cu secreţie internă şi de ionii circulanţi, cari sunt în strânsă legătură reciprocă de cauză şi efect.

Secreţiunile interne ale glandelor suprarenale, tiroidei, hipofiziei, timusului ar avea mare rol asupra sistemului organo-vegetativ. Dintre toate produsele de secreţie internă, adrenalina şi colina au fost cele mai bine studiate. Adrenalina e o substanţă amfotropă cu predominenţă simpatică, iar colina amfotropă cu predominenţă parasimpatică ; în doze mici ele au efecte contrarii. Aceste două substanţe antagoniste se găsesc în orice moment în organism, care posedă un mecanism regulator al cantităţei şi calităţei lor şi asigură astfel echilibrul vegetativ-normal.

Prudusele hipofizei, tiroidei, influenţează mai ales simpaticul.

Ionii circulanţi: calciul, potasiul, magneziul, sodiul au şi ei rol în menţinerea amfotropismului mediului. Aşa calciul şi magneziul, amfotropi cu predominenţa simpatică sunt antagoniştii potasiului şi sodiului, aufotropi cu predominenţă pare simpatică.

Atât pentru colină şi adrenalină, cât şi pentru calciu şi potasiu, antagonismul dintre ei nu e exercitat de unul asupra altuia, ci prin intermediul celor două grupuri simpatic şi parasimpatic al cărui tonus îl modifică aceste substanţe.

Nu putem termina noţiunile de fiziologie fără să amintim că centrii vegetativi cranieni au un rol important în menţinerea tonusului normal al sistemului organo-vegetativ.

Pentru o mai bună înţelegere a efectului pe care îl are inervaţia simpatică şi parasimpatică asupra diferitelor organe, dau mai jos tabloul al III-lea al lui Guillaume din cartea sa „Vagotonies, simpaticotonies, neurotonies" şi din care putem vedea totdeodată — urmărind aceste coloane — cari sunt efectele vagotoniei şi ale simpaticotoniei :

Scanned with OKEN Scanner

Organe	acţiunea simpaticului şi adrenalinei	acţiunea parasimpaticului şi pilocarpinei
Pupile	dilată	constrînge
Muşchi netezi peri-oculari	exoftalmie	
glande lacrimale		lacrămi
„ salivare		salivaţie
„ sudoripare	sudaţie	sudaţie (pilocarpina)
Pilo-motorii	erecţie pilară	
Vase (arteriole)	constricţie	
Frecvenţa inimei	accelerare	rărire
Esofag	relaxare	constricţie
Stomac { mişcări	relaxare	constricţie
Stomac { secreţie	diminuare	stimulare
Peristaltism intestinal	diminuare	exagerare şi spasme
Sfincteri netezi digestivi	contracţie	relaxare
Vesica { corp	relaxare	constricţie
Vesica { sfincter	constricţie	relaxare
Glicoza	glicozurie	toleranţă
Grasimi	distrucţie	toleranţă
Metabolism	Catabolism	anabolism

Patologia sistemului organo-vegitativ

Când amfotropismul mediului circulant nu mai există atunci tonusul absolut al simpaticului sau al parasimpaticului este crescut sau micşorat şi intrăm atunci în cadrul patologiei sistemului vegetativ.

Danielopolu cu ajutorul atropinei paralizează vagul putând atunci afla tonusul simpaticului, căci inima funcţionează numai sub influenţa lui. Tonusul relativ-adică numărul pulsaţiilor găsite înaite de injecţia cu atropină - scăzându-l din tomusul absolut al simpaticului, pe care am văzut cum se află, găsim tonusul absolut al vagului.

Cu ajutorul acestei metode, Dsa fixează pentru adult sistemul organo-vegetativ normal şi patologic,în următorul tablou:

			Tonusul Simpaticului	Tonusul Vagului
1 normal			116—128	48—58
2 Ipertonie vegetativă	a) generală	amfotonie	140—150	72—98 şi m.mult
		Simpaticotomie	136—156	48—58 „ „ „
		Vagotonie	116—128	70—80 „ „ „
	b) locală	Simpatică		
		parasimpatică		
3 Ipotonie vegetativă	a) generală	Ipoamfotonie	78—104	30—36
		Iposimpaticotonie	100—108	48—52
		Ipovagotonie	116—128	0—33
	b) locală	Simpatică		
		parasimpatică		

Scanned with OKEN Scanner

Müller — în „Das vegetative Nervensystem" Berlin 1920, face următoarea interesantă clasificaţie asupra patologiei speciale a sistemului nervos vegetativ:

A. **O patologie datorită leziunilor organice ale nervilor vegetativi** (anomalii sau leziuni anatomo - patologice ale centrilor sau nervilor vegetativi) şi în acest grup intră:

1-a Leziuni ale Simpaticului	Diabetul zaharat, diabetul insipid, distrofia adipozo-genitală, hipertonia vasculară, turburări în inervaţia vegetativă a ochiului, turburări în inervaţia vegetativă în urma leziunilor măduvei.
2-a leziuni ale vagului	Leziunile nuclenului vagului dă dilataţia acută de stomac, ca şi secţionarea vagului, iar iritarea durabilă a vagului dă ulceraţia mucoasei şi chiar ulcer peptic.

B. **O patologie prin turburări funcţionale ale sistemului organo-vegetativ,** unde se descrie:

a) Vagotonia b) simpaticotonia şi c) supraescitabilitatea generală, numită de Danielopolu amfotonie şi de Guillaume neurotonie

C. **Sistemul vegetativ în diferite boale,** ca:

Ulcus, Basedow, menstruaţie şi graviditate, tuberculoză, maladii infecţioase, maladia lui Addisson, status timico-limfatic, diateza exudativă, şocul anafilactic, răul de mare, stările psichastenice.

Probe funcţionale pentru examinarea sistemului organo-vegetativ.

Aceste probe numite probe vegetative, ne pun în situaţiunea de a cunoaşte mai mult sau mai puţin exact starea sistemului organo-vegetativ şi le putem împărţi în:

1-a *Probe fizice* (fiziologice) ca: aritmia respiratorie, compresia vagului Czermak, proba lui Esben, proba lui Ascher, dermografismul, proba ortotatismului.

2-a *Probe chimice* (farmacologice) cu: adrenalină, pilocarpină, calciu, nitrit de amil şi în special cu atropină.

Nu-mi pot permite să insist asupra acestor probe, voiu insista în capitolul ce urmează numai asupra probolor de cari ne-am folosit noi în cercetările ce am făcut

Scanned with OKEN Scanner

II. Observaţiuni asupra metodelor de explotare ale sistemului vegetativ întrebuinţate de noi în febra tifoidă la copii şi la copii normali:

1-a. *Proba atropinei.* S'a constatat că toate substanţele farmacologice întrebuinţate pentru cercetarea sistemului nervos vegetativ sunt amfotrope, influenţând în acelaş timp şi simpaticul şi parasimpaticul, însă acţiunea lor predomină asupra uneia din cele două grupe. Pentru atropină se poate neglija acest amfotropism din cauză că este prea neînsemnat şi s'o considerăm numai vagotropă. Ea lucrează asupra vagului paralizându-l în doze mari şi excitându-l în doze mici.

Cercetarea sistemului organo-vegetativ cu ajutorul paraliziei vagului prin atropină, face ca această probă să fie preferabilă celorlalte, fiindcă prin ea nu se adaogă nimic în plus, accentuând în unele cazuri o stare deja suportară greu de organism. — Prin atropină se moderează vagul, aşa că organismul se uşurează, pe când prin adrenalină sau pilocarpină se excită simpaticul sau parasimpaticul şi dacă am experimenta pe bolnavi la cari aceste tonusuri ar fi deja ridicate, ele s'ar ridica mai mult, accentuându-se acest desechilibru vegetativ în detrimentul funcţiunilor organelor.

Paralizând prin atropină vagul putem să aflăm tonusul absolut al simpaticului, care rămâne singur în funcţiune şi totdeodată şi tonusul vagului, scăzând din tonusul absolut al simpaticului pe cel relativ (Danielopolu).

In cercetările noastre am întrebuinţat atropina în soluţie de 1‰, făcând injecţii intravenoase. Injecţiile intravenoase nu sunt recomandate de Guillaume la om, căci lucrând vehement ar agrava o stare maladivă — deja existentă ln individul ce experimentăm — prin această doză de toxină ce i-o vărsăm în organism. Prof. Danielopolu recomandă numai probele intravenoase şi în ceeace priveşte atropina sunt în deplin acord cu d-sa întru cât am văzut că a fost f. bine suportată de copii la cari am experimentat-o, eliminarea sa

începând la 10—15—20 de minute şi terminându-se la 2—3 ore. N'am observat niciodată fenomele de intoxicare cu atropină descrise de autori (palpitaţii, opresiuni precordiale, uscarea limbei) deşi am întrebuinţat doze destul de mari, ajungând în unele cazuri până la 2½ miligrame de atropină, aşa că putem afirma că: *In dozele suficiente paraliziei vagului, atropina nu este toxisă.*

Autorii recomandă să începem prin doze mici de atropină şi prin tatonări succesive cu doze tot mici, să obţinem paralizia vagului.

Noi, am întrebuinţat dela prima injecţie doze mari de un miligram sau un miligram şi jumătate, de multe ori paralizante dela început — şi am adăogat câte o jumăt. miligram până am obţinut paralizia vagului, controlată prin compresia oculară şi proba ortostatismului, cari rămâneau negative şi spre siguranţă chiar când aceste probe ne spuneau că vagul este paralizat — am făcut o nouă injecţie de o jumăt. miligram, care nu mai putea să modifice pulsul.

D-l. D-r. *A. Crăiniceanu* susţine că o nouă doză de atropină după ce s'a obţinut paralizia vagului, ar falşifica rezultatele, mărind câte odată numărul pulsaţiilor, iar altă dată dând extrasistole. Noi n'am putut observa nici odată acest lucru, totdeauna găsind acelaş număr de pulsaţii şi credem că dacă o nouă doză măreşte pulsaţiile, nu se obţinuse paralizia conplectă a vagului.

Dozele de atropină le-am injectat la intervale mai mici de 10—15 minute pentru a nu începe eliminarea şi să ne înşelăm în felul acesta asupra dozei ce am întrebuinţat pentru paralizia vagului.

In felul acesta nu ne îndoim că în toate experienţele noastre, am obţinut paralizia complectă a vagului.

Din experienţele făcute de noi nu reese că pentru a obţine paralizia vagului ne trebueşte o doză de atropină cu atât mai mare, cu cât tonusul vagului e mai accentuat.

Prin faptul că e puţin toxică, în dozele suficiente paraliziei vagului şi că influenţa sa durează 2—3 ore, o putem întrebuinţa cu folos în terapeutica stărilor patologice a sistemului nervos-vegetativ şi în special în vagotonie.

Vrând să aflu cum se comportă sistemul vegetativ faţă de doza mică de atropină ce rămâne atunci când cea mai mare parte s'a eliminat, am urmărit şase cazuri dela facerea injecţiilor cu atropină până când bolnavii au luat masa de prânz.

Iată rezultatele obţinute:

I-iul caz: tonusul relativ la început 84, la 2 ore şi 10

78 şi la 2 ore şi 20' când părăsim bolnavul 78.
II-lea caz: tonusul relativ la început 132, la 1 oră şi 10' 120, la 2 ore când părăsim bolnavul 114
III-lea caz: tonusul relativ la început 108, la 4 ore când îl părăsim tot 108
IV-lea caz: tonusul relativ la început 102, la 3 ore 108,
V-lea caz: " " " " 126, la 1 oră 50 108, la 2 ore 40' 96
VI-lea caz: tonusul relativ la început 72, la 1 oră 20' 126

Am obţinut prin urmare în trei cazuri o scădere a pulsaţiilor sub cifra iniţială şi poate dacă am fi putut urmări mai mult timp şi pe ceilalţi la cari eliminarea s'a făcut mai greu, am fi obţinut şi la ei această rănire a pulsaţiilor, ceiace însemnează o **excitare a vagului sub influenţa dozelor mici de atropină rămase.**

In timpul probei cu atropină, am observat că atât Mx cât şi Mn. cresc cu 1-3 cm. la aparatul Vaguez- Laubry şi treptat cu eliminarea scad—mai repede Mx. şi mai încet Mn.

Am mai observat în timpul probei şi o urcare a temperaturei bucale cu câteva diviziuni.

Compresia ocullara. Făcând compresia globilor în orbite cu ajutorul degetelor sau a unor aparate, cu cari putem măsura şi forţa cu care apăsăm, se produce o serie de reflexe, ce iau calea simpaticului pentru esofag, stomac, intestin etc.. şi a parasimpaticului pentru cord. Au fost numite de Danielopolu reflexe ocolo-viscerale şi sunt inhibitoare.

S'a descris: un reflex oculo-cardiac, unul oculo vascular, reflex oculo-esofagian, oculo-gastric, oculo-colic, oculo-visceromotor etc. Nu ne vom ocupa de cât de reflexul oculo-cordiac de care ne-am folosit şi noi în cercetările ce am făcut.

Reflexul oculo cordiac a fost descris în 1908 de Ascher Czermak. Prin compresiunea globilor se produce încetinirea bătăilor cordului în regulă generală, şi foarte rar accelerarea lor, având atunci reflexul oculo-cardiac inversat. Punctul de plecare al acestui reflex este excitarea terminaţiilor sensitire ale membranei oculare, prin mărirea tensiunei intra-oculare (Damielopolu) şi de aci ia calea parasimpaticului de obicei, iar calea simpaticului când obţinem reflexul inversat (accelerarea bătăilor cordului). In acest din urmă caz refexul poate urma două căi ca să ajungă la cord: a) bulb, măduvă, rami-comunicate, inimă, sau b) prin fîrişoare cuprinseîn grosimea pneumogastricului (vagului) direct la cord.

Guillaume crede că reflexul urmează calea trigemenului. Papilian şi Cruceanu trigemeno-vagală, Laignel-Lavastine vago-simpatică, Rabattu şi Joserand susţin că rărirea bătăilor

cordului. s'ar datori compresiunei bulbare prin hipertensiunea pasageră a lichidului cefalo-rachidian.

Prof. Danielopolu clasifică astfel rezultatele obținute pritr'o compresiune moderată:

Reflex ocula-cardic pozitiv, când rărirea e mai mare de 12 puls. pe minut.

Reflex oculo-cardiac normal, când rărirea e între 4—12 puls. pe minut.

Reflex oculo-cardiac nul, când rărirea e mai mare de 4—0 puls pe minut.

Reflez oculo-cardiac inversat — când se obține accelerarea pulsului.

Tot Prof. Danielopolu susține că reflexul oculo-cardiac inversat denotă hipoamfotonie sau hipovagotonie, inversat simpaticotonie.

In cercetările noastre ne-am folosit totdeauna de reflexul oculo cardiac. Am făcut compresiune digitală relativ mare, bruscă și de scurtă durată. N'am avut niciodată nevoe de ajutor, fiindcă ne-am așezat la dreapta bolnavului, cu palma noastă dreaptă i-am fixat capul, iar cu degetele I-iul și al II-lea dela aceiaș mână, i-am făcut compresiunea globilor. Compresiunea este f. dureroasă, copii se sbat, plâng și nu mai respiră câteodată tot timpul compresiunei (15 secunde). Copii mai mari după ce le explici că aceasta durează un timp f. scurt, stau mai liniștiți, însă am observat și la ei că se abțin să respire, probabil din cauza durerilor. Cred că acestea a falșifica în parte rezultatele, mai ales la copii mici.

Fiindcă la copii pulsul mai ales modificat de probele noastre este greu de luat, ne-am folosit de fonendoscopul aparatului Vaquez-Laubry, pentru a număra în regiunea peri mamelonară stângă bătăile cordului, pe cari le-am luat în locul pulsațiilor.

Am fost foarte mulțumit de acest procedeu, fiindcă copii mișcă des și mă făceau să pierd numărul exact al pulsațiilor.

Am observat la începutul compresiunei că bătăile cardiace sunt nemodificate 2-3 secunde și apoi începe rărirea care ține 10-15 secunde, după care revine repede spre cifra dela care plecasem.

Am numărat timp de 10 secunde bătăile cordului în epoca de rărire și am socotit pe minut cifra obținută.

In cercetările noastre, am putut observa că rărirea bătăilor cordului este cu atât mai accentuată, cu cât tonusul vagului e mai mare.

Totdeauna când am obținut paralizia vagului proba compresiunei oculare a fost negativă, găsind același număr de pulsații și înainte de compresiune și în timpul compresiunei, așa

că putem confirma că, proba refexsului oculo-cardiac ne poate indica când am obținut paralizia vagului. După paralizie treptat cu eliminarea atropinei compresia globilor dă o rănire din ce în ce mai accentuată. N'am putut-o urmări mai mult de trei ore, bolnavii trebuiau să ia masa și rezultatele obținute ar fi fost atunci eronate.

Proba ortostatismului. In mod normal, când luăm pulsațiile unui individ culcat și apoi îl sculăm în picioare, numărul pulsațiilor cresc (se crede că din cauza unei escitații a simpaticului) iar dacă-l reculcăm din nou, după câteva momente pulsațiile scad sub cifra dela început.

Prof. Danielopolu și Carniol au observat că atunci când după injectarea unei doze de atropină, nu s'a obținut paralizia vagului, cifra ce-o obținem după reculcare este mai mică decât cea inițială, și a numit acesta, fenomenul de rărire clinostatică.

Atunci când paralizia vagului s'a obținut, nu mai avem această rărire clinostatică.

In cercetările noastre am observat totdeauna această rărire clinostatică când vagul nu era paralizat. Nu ne-am putut folosi de această probă, decât la bolnavii a cărei stare ne permitea ridicarea lor. Am observat că înainte de injecția cu atropină ridicând bolnavul obținem accelerarea pulsului cu un număr ce variază între 20 și 70 pulsații pe minut, iar în timpul paraliziei vagului acest număr variază numai cu 6—20 pulsații pe minut.

In timpul probei ortostatismului, făcută atunci când nu obținusem paralizia vagului, am observat cam următoarele variațiuni ale pulsului :

Exemplu : culcat 108
sculat 132
reculcat, imediat 114 sau 120
la 1 minut 108
la 1½ „ 102
la 2 „ 108

(Trecerea prin aceste faze se face uneori în timp mai scurt). — Prin urmare rărirea clinostatică se obține cam la un minut și jumătate după reculcare.

III. Cercetări asupra stărei sistemului vegetativ în febra tifoidă la copii

Găsesc necesar, ca înainte de a arăta rezultatele obținute de noi în febra tifoidă la copii, să arătăm tehnica de care ne-am servit. Socotesc că de acest lucru deprinde f. mult rezultatele și dacă doi sau mai mulți cercetători nu găsesc același lucru, aceasta se datorește în bună parte deosebirei de tehnică ce au întrebuințat.

Iată tehnica noastră:

Dimineața, pe nemâncate, luam pulsul, compresia oculară, tensiunea arterială cu aparatul Vaguez-Laubry, temperatura bucală, bolnavul fiind culcat—apoi pulsul în poziția ortostatică și variațiunile sale după reculcare. Imediat făceam o injecție intravenoasă cu 1 cm^3 sau $1^1/_2$ cm^3 din soluția sterilizată de atropină $1^0/_{00}$, servindu-ne de manșeta aparatului Vaquez-Laubry cu care făceam compresiunea cu 1 cm. sub Mx. în așa fel încât numai circulația venoasă era întreruptă.— Astfel am putut face injecții intravenoase la toți copii pe cari am experimentat — Notam exact ora, minutul când făceam injecția și când luam datele noastre. Cam la un minut după înjecție începeam să notez, bolnavul fiind culcat — pulsul, tensiunea Mx. și Mn. compresia oculară, apoi sculându-l în picioare îi luam pulsul și reculcându-l notam variațiunile sale. Inainte de 10—15 minute dela prima injecție, făceam o a doua cu o jumătate $cm.^3$ din soluția noastră și dacă mai era nevoe repetam din 10 în 10 minute această injecție, notând după fiecare datele de mai sus, până când compresia oculară si proba ortostatismului ne spuneau că vagul s'a paralizat și chiar atunci pentru control, făceam o nouă injecție de o jumătate cm^3.

Am socotit tonusul absolut al simpaticului pulsațiile găsite atunci când vagul era paralizat și scăzând din acest număr numărul ce reprezenta tonusul relativ am obținut tonusul absolut al parasimpaticului.

Servindu-ne de această tehnică am cercetat starea sistemului vegetativ pe 12 *bolnavi de febră tifoidă* copii între 6 și 16 ani, *cu diagnosticul clinic și de laborator*. Pe cât am putut și ne-a permis starea lor generală, i-am urmărit mai mult timp, iar câteva cazuri le-am urmărit din timpul febrei și până au părăsit spitalul ca vindecați.

Scanned with OKEN Scanner

Iată rezultatele obținute de noi în cercetările făcute:

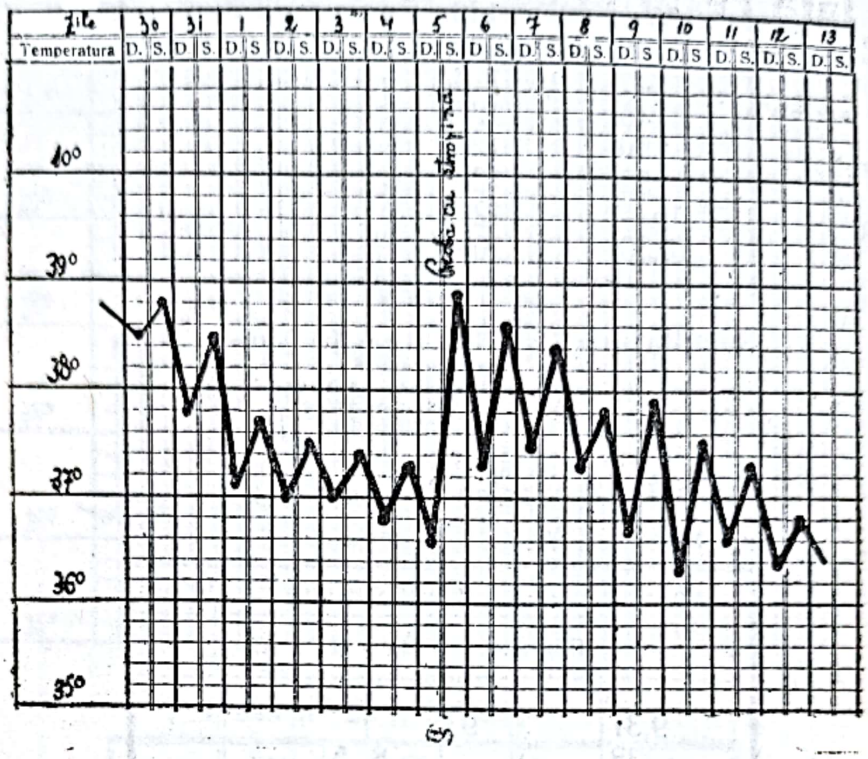
CAZUL I. *Nicolae I. Neagu*, de 15 ani.

Proba I $5'_{11}$ T° 36 6

Ora	Atrop.	Clinostatism				Ortoxt
	Milig.	P	Mx	Mn	Co	P
9,52		90				
55			10	7		
57					78	
58		90				
59						138
10 —		96				
01		90				
10,01½		84				
03		90				
08	1½					
09		120				
12			11	8		
14		120				
15					120	
16						144
17		132				
18		120				
19		120				
23	½					
24		120				
25		120				
26			11	8		
27		120				
28					120	
33		114				
35			10½	8		
40		108				
42			10½	8		
45		108				
47		108	10¼	8		
50		108				
55		108				
11,—		102	10	8		
11,20			10	8		

Rezultatul = R = 90 Mx = 10 Mn=7
S = 120 (Mx = 11 Mn= 8
V = 30 (

Această probă cu atropină dă modificarea curbei tecnice pe care o arătăm aici:



Proba II 19/11 T°36°

Ora	Atrop. Milig.	Clinostatism P	Mx	Mn	CO	Ortost. P
9,10		60	10	7	54	
9,15		60				
16						96
17		66				
9,17½		60				
18		54				
19		60				
20	1½	112				
21			11⅓	8⅓		
23					108	
24						134
9,24½		120				
25		112				
9,25⅓		108				
26		112				
27		112				
30	½	126				
31					126	
33			12	9		
35						146
9,35½		132				

Ora	Atrop. Milig.	Clinostatism P	Mx	Mn	Co	Ortost P
36		126				
36½		126				
30		126				
47	½	126				
45		126				
50		126				
55		120				
10—		120				
10,30		108				

Rezultatul= ' = 60 Mx= 10 Mn= 7
S= 126 (Mx 12 Mn= 9.
V= 66 (

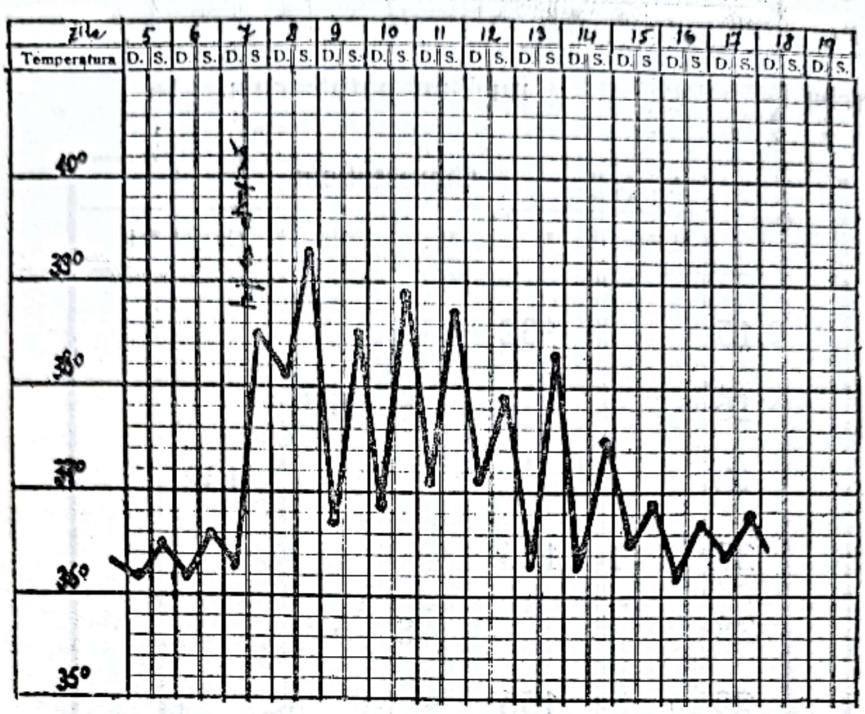
CAZUL II *Nicolae Ionesca* 14 ani
Proba I 7/11 . T° 36°3

Ora	Atrop. Miligr.	Clinostatism P	Mx	Mu	Co	Ortost. P
9,37		93				
38			8	5½		
40					90	
41		93				
42						120
43		90				
44		93				
55	1½					
56		129				
57			9½	7		
58					129	
59						147
10		129				
10		129				
10	½					
11		129				
13			9	7		
14		129				
15					129	
22			8½	7		
23		120				
30		117				
31			8	7		

Rezultat: R= 93 Mx= 8, Mn= 5½
S= 129 (Mx= 9½, Mn= 7
V= 36 (

Scanned with OKEN Scanner

Se obţine următoarea modificare a curbei termice după această probă



Nicolae Ionescu 14 ani

Proba Ii $24/_{11}$ T° $36'_1$

Ora	Atrop.	Clinostatism				Ortost.
	Miligr.	P	Mx	Mn	Co	P
9.30		90	8	5½	84	
35						126
35½		120				
36		90				
36½		84				
37		90				
38	1 cm	144				
39			8½	7		
40					144	
41						156
41½		150				
42		144				
43		144				
45	½					
46		144				
47			8½	7		
48					144	
49		144				
55		132				
56			8	7		
10,05		126				

Rezultat: R= 90 Mx= 8, Mn= 5½
S= 144 (Mx= 8½, Mn= 7
V= 54 (

CAZUL III. *Alexandru Rotaru* 8 ani

$6/_{11}$ T° 39

Proba I nu l'am putut scula.

Ora	Atrop.	Clinostatism				
	Miligr.	P	Mx	Mn	Co	P
9.15		132				
16			8	$5^1/_2$		
18					132	
27	1	156				
28			8	$5^1/_2$		
29		156				
30					156	
34	$^1/_2$					
35		156				
36			$8^1/_2$	6		
45		144				
55		138				

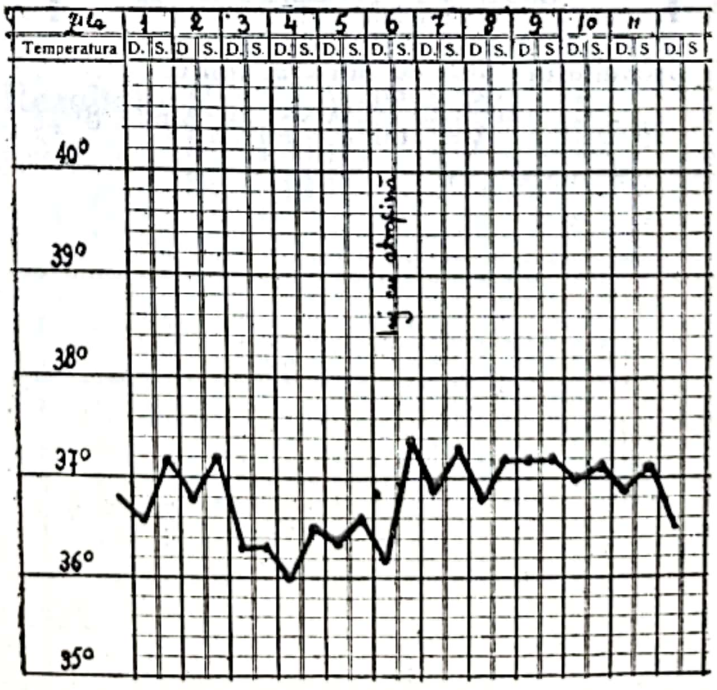
Rezultatul: R= 132 Mx 8, Mn $5^1/_2$
S= 156 | Mx $8^1/_2$
V= 24

CAZUL IV. *Marin Marin* de 8 ani.
$6/_{11}$ T° 63°_{5} are şi pleuro-peritonită
Proba I puls neregulat

Ora	Atrop	Clinostatism				Ortoxt
	Miligr.	P	Mx	Mn	Co	P
12,05		78				
06			8	5		
7					66	
8						96
$8^{1}/_{2}$		90				
9		78				
$9^{1}/_{2}$		72				
10		78				
13	1					
14		126				
15			10	$6^{1}/_{2}$		
17						162
18		138				
19		120				
21		126				
22					120	
23		126				
25	$^{1}/_{2}$	138				
27			10	8		
28					138	
29						162
30		156				
31		138				
35		138				
36			9	7		
42		132				
50		126				

Rezultatul = R— 78 Mx= 8, Mn= 5
S= 138 (Mx= 10, Mn–8
V= 60 (

Proba atropinei modifică curba termcă:



21/11 T° 36° puls f. neregulat a făcut baie
Proba II de dimineaţă

Ora	Atrop.	Clinostatism				Ortoxt.
	Miligr.	P	Mx	Mn	Co	P
9,25		84				
27			9	6		
28					60	
30						126
31		96				
31½		72				
34	1					
35		144				
36					138	
37			12	8½		
38		150				
39		150				
41		150				
47	½					
48		150				
49			11	8½		
50					150	
51						174
52		162				
53		150				
54		150				
57			11	7		
58					150	
60		150				
10			11	7		
05		144				
6			10½	7		
10		138				

Rezultatul = R = 84 Mn = 9, Mn 6
S = 150 (Mx = 12, Mn = 8½
V = 66 (

Cazul V

ELENA POPESCU, 13 ani

	ora	
Proba I	$13/_{11}$ T° 36°,6	
Culcat	11,10	Puls 72
	12	Mx.8, Mn. 5
	15	C. O. 60
Sculat	16	Puls 102
Reculcat	11,17	„ 84
		$17^1/_2$ „ 72
	18	„ 66
	19	„ 72
Inj. $1^1/_2$ mgr. atropină	23	
	24	„ 120
	26	Mx.11, Mn. $8^1/_2$
	28	Puls 120
Sculat	30	„ 144
Reculcat	11,30	$^1/_2$ „ 132
	31	„ 120
	32	„ 120
	33	C. O. 120
Inj. $^1/_2$ mgr. atropină	38	
	39	Puls 120
	40	Mx.11 Mn. 9
	42	Puls 120
	44	C. O. 120
	50	Puls 114
	54	Mx. 10, Mn. 8
	12,03	Puls 114
	02	„ 108
	06	Mx. $9^1/_2$, Mn. $7^1/_2$

Rezultat : R= 72 Mx= 8, Mn= 5
S= 120 (
V= 48 (Mx= 11, Mn= 9

Scanned with OKEN Scanner

Proba II $20/_{11}$ T° 36°,3.

	Ora		
Culcat	11.45	Puls	60
	46	Mx.	7½ Mn. 5
	47	C. O.	48
Sculat	48	Puls	72
Reculcat	11,48½	„	66
	49	„	60
	11,49½	„	54
	50	„	60
Inj. ½ mgr. atropină	55		
	56	„	108
	57	Mx.	9 Mn 6
	58	Puls	114
Sculat	12—	Puls	120
Reculcat	01	„	108
	02	„	114
	03	„	108
Inj. ½ mgr. atropină	05	„	120
	07	Mx	10 Mn. 7
	08	C.O.	120
	09	Puls	120
Sculat	10	„	134
Reculcat	12,10½	„	126
	11	„	120
	12	„	120
	17	Mx.	11, Mn 7½
Inj. ½ mgr. atropină	18	Puls	120
	19	Mx	11,
	20	C.O.	120
	25	Puls	120
	30	„	120
	35	„	120
	40	„	144
	45	Mx.	10, Mn 7

Rezultat: R= 60 Mx= 7½, Mn= 5
S= 120 (Mx= 10 Mn= 7
V= 60 (

Cazul VI

EUGENIA B. NUȚU, 13 ani

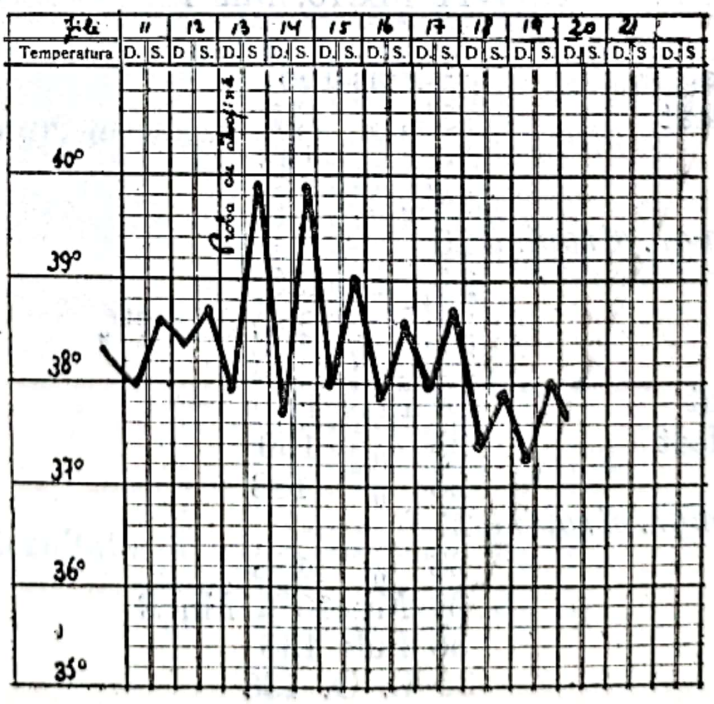
Proba I $31/_{11}$ T° 37,9

Nu se poate scula

	ora	
Culcat	12.15	Puls 112
	16	Mx. 8'/, Mn. 5'/,
	18	C, O 102
Inj. 1'/, Mgr. atropină	23	
	24	Puls 126
	25	Mx. 10. Mn. 7
	26	C. O. 126
	27	Puls 126
Inj. '/, Mgr. atropină	34	
	35	Puls 126
	36	Mx. 10 Mn. 7
	38	Puls 126
	40	Mx. 10 Mn. 7
	45	Puls 120
	46	Mx. 9'/, Mn. 7
	50	Puls 120
	53	„ 108

Rezultate: R= 112 Mx 8'/,, Mn. 5'/,
S= 126
V= 14 (Mx. 10, Mn. 7

Această probă a adus următoarele modificări ale curbei temnice :



Proba II 21/11

Culcat — Nu ce poate scula
10,15 Puls 120
17 Mx. 10 Mn 7
18 Puls 120
19 C. O. 120
Inj. ½ Mgr. atropină 20
21 Puls 144
23 Mx. 10½, Mn 7
25 Puls 150
26 „ 150
Inj. ½ Mgr. atropină 30
31 Puls 150
32 C. O. 150
34 Mx. 10 Mn. 7
36 Puls 150
38 Mx. 9½ Mn. 7
40 Puls 144
45 „ 138
50 „ 138

Rezultate: R= 120 Mx. 10 Mn. 7
S= 150 (Mx. 10½, Mn. 7
V= 30 (

Proba III 7/11 T° 36°,6

Culcat — 12.10 Puls 102
11 Mx.10, Mn 7
12 C. O. 102
Sculat — 13 Puls 156
reculcat — 13⅓ „ 132
14 „ 102
14½ „ 96
Inj. 1 mgr. atropină 20
21 „ 138
22 Mx 10½, Mn 7½
23 C. O. 138
Sculat — 24 Puls 162
recufcat — 25 „ 150
26 „ 138
Inj. ½ mgr. atropină 27
28 „ 138
29 Mx 10½ Mn 8
30 Puls 138
33 C. O. 138

37 Puls 138
38 Mx 10, Mn 7
41 Puls 132

Rezultat: R= 102 Mx 10, Mn 7
S= 138 } Mx 10½ Mn 8
V= 36 }

Cazul VII

IONEL ILIESCU, 11 ani

24/11 T° 36°

Nu se poate scula
Culcat 8.45 Puls 102
46 Mx. 11, Mn. 7
47 C. O. 102
Inj. 1 mgr. atropina 52
53 Puls 120
54 Mx. 12 Mn. 7
55 C. O. 120
56 Puls 120
Inj. ½ mgr. atropină 9
01 Puls 144
03 Max. II Mn. 8
05 C. O. 144
06 Puls 144
Inj. ½ mgr. atropină 07
08 Puls 144
09 C. O. 144
10 Mx. 11, Mn. 8
11 Puls 144
15 Puls 138
16 Mx. 11, Mn. 8
20 Puls 138
22 Mx. 10½ Mn. 8

Rezultat: R= 102 Mx. 10, Mn. 7
S= 144 } Mx. 12, Mn. 8
V= 42 }

Scanned with OKEN Scanner

Cazul VIII

C-TIN MATEESCU, 16 ani

Proba I. $27/_{11}$ T° 39°

Culcat 12.55 Puls 126
56 Mx 10 Mn 6
57 C. O 120
Sculat 58 Puls 150
Reculcat 59 „ 132
$59^1/_2$ „ 120
10— „ 126
01 „ 126
Inj. 1 mgr atropină 06
07 „ 150
08 C. O 150
10 Mx 10, Mn 8
Inj ½ mgr atropină 13
14 Puls 150
15 Mx 10, Mn 8
16 C. O 150
Sculat 18 Puls 168
Reculcat $18^1/_2$ „ 162
19 „ 150
20 „ 150
28 „ 150
30 Mx 10 Mn 8
33 Puls 144
34 Mx $9^1/_2$ Mn 8

Rezultat: R= 126 Mx 10, Mn 6
S= 150 (
V— 24 (Mx 10, Mn 8

Proba II. 11/XII T° 36° 6
9.40 *T°bucală* 37°,1 axială 36°,6
Culcat 9.42 Puls 72
43 Mx $10^1/_2$ Mn 6
45 C O 72
Sculat 46 Puls 138
Reculcat $46^1/_2$ „ 78
47 „ 72
48 „ 68
Inj 1 Mgr atropină 59
10— „ 90
03 Mx 11 Mn 7

Scanned with OKEN Scanner

	05	C. O 84
Sculat	07	Puls 132
Reculcat	08	„ 108
	09	„ 84
	10	„ 90
	12	„ 90
Inj ½ Mgr atropină	15	T° *bucală* 37° 3
	16	Puls 120
	17	Mx 11 Mn 7
	19	C. O 114
	20	Pulsul 120
Sculat	21	Puls 162
Reculcat	22	„ 132
	23	„ 114
	24	„ 120
Inj ½ Mgr atropină	26	„ 144
	28	Mx 11 Mn 8
	29	C. O 144
	30	Puls 144
Sculat	32	„ 168
Reculcat	31	„ 150
	22	„ 144
	11—	„ 132
	11.30	„ 132

Rezultat : R= 72 Mx 10½ Mn 6
S= 144 {
V= 72 { Mx 11, Mn8

Cazul IX

AMELIA S. CRISTEA 11 ani

Proba I 1/XII T° 37°,8

	ora	
Culcat	10.05	Puls 132
	06	Mx. 9, mn. 7
	07	C. O. 72
Sculat	09	Puls 168
reculcat	10	„ 144
	10,10½	„ 120
	„	„ 132
Inj. 1 mgr. atropină	15	
	16	Puls 156

17 Mx. 9½, mn. 7½
18 Puls 162
19 C. O. 150
Sculat 20 Puls 180
reculcat 21 „ 156
10.21½ „ 150
24 „ 156
Inj. ½ mgr. atropină 25 „ 162
26 C. O. 162
27 Mx. 9½ mn. 7½
35 Puls 156
40 „ 150
55 „ 132
56 C. O. 78
11.07 Puls 132
11-25 Puls 120
55 „ 120
56 Mx. 9, mn. 7
12.10 Puls 114
11 Mx. 9½ mn. 7
12 C. O. 78

Rezultat : R= 132 Mx. 9 mn. 7
S= 162 } Mx. 9½, mn. 7½
V= 30 }

Proba II 11/12 T° 37°,6
8.25 T° *bucală: 37°4, Axială 37°,6*
Culcat 8.30 Puls 120
31 Mx. 9, mn. 6
33 C. O. 60
Sculat 35 Puls 162
Reculcat 36 „ 138
8.36½ „ 114
37 „ 120
Inj. 1 mgr. atropină 50
51 „ 162
51 Mx. 9, mn. 6½
54 C. O. 144
55 „ 150
56 „ 150

57 T° *bucală 38°, T° axială 37°,8*

Inj. ½ mgr. atropină 9.05

06 Puls 150
07 C. O. 150
08 Mx. 9, mn. 7
10 T° *bucală 37°,9 T° axială 37°,4*

Sculat
reculcat

11 Puls 162
12 „ 156
13 „ 150
15 „ 150
20 „ 150
27 „ 150
32 „ 144
10.40 „ 108
41 Mx. 8, mn. 6
42 C. O. 78
50 Puls 108
11.25 „ 96
12- „ 96

Rezultat: R= 120 Mx. 9, mn. 6
S= 150 } Mx. 9. mn. 7
V= 30 }

Cazul X

MIRCEA CROITORU, 6 ani

Proba I — 9/XII, T° 37°

Culcat

10.20 Puls 102
22 Mx 9, Mn 3½
23 C. O. 90

Sculat
Reculcat

25 Puls 114
26 „ 108
10.26½ „ 96
27 „ 102

Inj. 1 mgr. atropină

32
33 Puls 120
34 C. O. 120
36 Mx 9½, Mn 6

Sculat
Reculcat

37 Puls 120
38 „ 126
39 „ 120

Inj. ½ mgr. atropină 40

41 Puls 120
42 C. O. 120
10.55 Puls 114
11.05 „ 114
06 C.O. 114
11.35 Puls 108
12 — „ 108
12.15 „ 108
1 — „ 108
1.25 „ 108

Rezultat: R= 102 Mn. 9, Mn. 5
S= 120 | Mn. 9½, Mn. 6
V= 18 |

Proba II 18 XII, T° 36°, 8

ora

Culcat 9.30 Puls 90
31 Mx 8½ Mn. 5
32 T° *bucală* 37°, 3.
33 C. O. 72
Sculat 34 Puls 120
Reculcat 35 „ 90
9,35½ „ 84
36 „ 90
Inj. 1 Mgr. atropină 43
44 „ 126
45 Mx. 10, Mn. 6½
47 C. O. 120
Sculat 48 Puls 150
Reculcat 49 „ 132
9,49½ „ 120
50 „ 126
Inj. 1½ Mgr. atropină 52 „ 144
53 C. O. 144
55 Mx. 9½ Mn. 7
Sculat 56 Puls 144
Reculcat 57 „ 144
58 „ 144
10,05 „ 144
10 „ 144
17 „ 132
11 „ 108

Rezultat: R= 90 Mx. 8½, Mn. 5
S= 144 (
V= 54 (Mx. 10 Mn. 7

CAZU XI

17/11 36", 5

Culcat 9,15 Puls 72
16 Mx. 10 Mn. 6½
18 C. O 66

Sculat 20 Puls 132
Reculcat 9,20½ „ 84
21 „ 66
22 „ 72

Inj. 1½ Mgr. atropină 24
25 „ 96
26 C. O. 90
28 Mx. 11½ Mn. 8

Inj. ½ Mgr. atropină 35
36 Puls 114
37 Mx. 11½ Mn. 8
38 C. O. 114
40 Puls 114

Inj. ½ Mgr. atropină 45
46 „ 114
48 Mx. 10½ Mn. 7½
49 C. O. 114

Sculat 50 Puls 150
Reculcat 51 „ 120
52 „ 114
11— „ 108

Rezultatul: R= 72 Mx. 10 Mn. 6½
S= (
V= (Mx.= 11, Mn.= 8.

Cazul XII

JANCU N. MATEI, 15 ANI

24/1. T° 38°,4

ora

Culcat 10.— T° *bucală* 38°,7
10.01 Puls 120 Mn. 7
03 Mx 10,
04 C. O. 114

Sculat 05 Puls 156
reculcat 06 „ 126
07 „ 114

Scanned with OKEN Scanner

08 „ 120
Inj. 1½ mgr. atrop. 10.22
23 Puls. 144
25 Mx 10½ Mn 7½
26 Co. 144
27 T° bucale 38.9°
Sculat 28 Puls 150
reculcat 29 „ 144
3, „ 144
Inj. ½ mgr. atrop. 34
35 Puls 144
36 C.o 144
40 Puls 144
42 T° bucală 39.°
45 Puls 144
11,05 „ 132
07 Mx 10, Mn 7
10 T° bucală 39.4
11.30 Puls 120

Rezultat: R= 120 Mx 10, Mn 7
S= 144 } Mx 10⅓ Mn 7⅓
V= 24 }

Pentru a putea urmări uşor rezultatele obţinute în cercetările noastre, le sistetizăm în următoarele 3 tablouri;

I. TABLOU de probele făcute în timpul febrei

No. curent	Numele şi pronumele	Data	Vârsta	Tonus vegetativ			Tensinne arterială	
				R.	S.	V.	Mx.	Mn.
1	A. Rotaru	6 XI	8	132	156	24	8 8½	5½ 6
2	E. Nuţa	13/XI	13	112	126	14	8½ 10	5½ 7
3	„	21	11	120	150	30	10 10½	7 7
4	C. Mateescu	27 XI	16	126	150	24	10 10	6 8
5	A. Cristea	1/XII	11	132	162	30	9 9½	7 7½
6	I. Matei	24 I	15	120	144	24	10 10⅓	7 7

I. TABLOU de probele făcute în convaloscenţa:

No, curent.	Numele şi Pronumele	Zile de convalescenţă	Vârsta	Tonus Vegetativ R	S	V	Tensiune arterială Mx,	Mn.	Observaţie
1	N. Neagu	5	15	90	120	30	10 11	7 8	
2	N. Ionescu	6	13	93	129	36	8 9	5½ 7	
3	M. Marin	7	8	78	138	60	8 10	5 8	Are şi pleuroperitonita
4	E. Popescu	1	13	72	120	48	8 11	5 9	
5	N. Neagu	19	15	60	126	66	10 11½	7 8½	
6	E. Popessu	8	13	60	120	60	7½ 9	5 7	
7	M. Marin	22	8	84	150	66	9 12	6 8	
8	I. Iliescu	5	11	102	144	42	11 12	7 8	A avut escare
9	N. Ionescu	24	13	90	144	54	8 8½	5½ 7	A făcut pleurezie şi
10	E. Nuţu	3	13	102	138	36	10 10½	7 8	varicelă şi n'am putut s'o urmăresc
11	I. Croitoru	3	6	102	120	18	9 9	5½ 6	
12	A. Cristea	5	11	120	150	30	9 9	6 7	f. emaţionată când îi făcem proba
13	C. Mat.	8	16	72	144	72	10 11	6 7	
14	M. Ghe.	12	16	72	114	42	10 11½	6½ 8	A avut o otită
15	I. Croitoru	11	6	90	114	54	8½ 10	5 6½	

TABLOUL III. de cazurile urmărite în tot cursul boalei

No. curent	Numele și Pronumele	Stadiul boalei	Vârstă	Tonus Vegetativ R	S.	V	Tensiunea Mx.	Mn.	Observație
1	E. Nuțu	febra	13	112	126	14	8½	5½	Nu s'a putuí urmări mai departe din cauza că a făcut varicela.
		"	"	120	150	30	10	7	
		3 zile conv	"	102	138	36	10	7	
							10½	8	
2	C. Matees.	febra	16	126	150	24	10	6	
		8 zile conv		72	114	72	10	8	
							10	6	
							11	7	
3	A. Cristea	febra	11	132	162	30	9	7	E. f. emotivă.
		5 z. c.		120	150	30	9½	7½	
							9	6	
							9	7	
4	N. Neagu	5	15	90	120	30	10	7	
							11	7	
		19		60	126	66	10	8	
							11½	8½	
		6		93	124	36	8	5	
							9	7	
5	M. Ionescu	24	13	90	144	54	8	6	
							8½	7	
		7		78	138	60	8	5	
							10	8	
6	M. Marin	22	8	84	150	66	9	6	Are și pleuro-peritonita.
							12	8	
		1		72	120	48	8	5	
							11	9	
7	E. Popescu	8	13	60	120	60	7½	5	
							9	7	
				102	120	18	9	5	
							9	6	
8	M Croitoru	3	6				8	5	
		11		90	114	54	10	6	

Analizând tablourile noastre, putem deduce că; In timpul febrei tifoide a copiilor tonusul absolut simpatic oşcilează în limitele normale, pe când tonusul absolut al parasimpaticului, la începutul boalei este în hipotonie şi creşte treptat cu zilele de convalescenţă până devine în hipertonie.

De altfel am putut constata în timpul convalescenţei semne de vagotonie ca: pulsul subnormal, pupilele mai mici, salivatie, etc.

Din experienţele noastre reese că injecţiile cu atropină modifică curba termică şi anume:

In timpul febrei, căpătăm o ridicare a temperaturei cu remisiuni matinale accentuate, ce durează 2-3 zile, (foaia de temperatură dela cazul VI), iar în timpul convalexcenţei temperatura se urcă brusc, revenind la normal, în 5-6 zile lund nfăţişarea unei recăderi boalei (foaia de tempratură dela cazul I, II, şi IV.

Nu mi-am putut permite luxul de a arăta modificările curbei termice în mai multe cazuri, însă afirmăm că ele au existat aproape în toate cazurile.

N'am putut să-mi explic aceste modificări ale surbei termice—aşa eă ne mulţumim, să le semnalăm.

Ne-am pus întrebarea, dacă în timpul convalescenţei de febră tifoidă—s'ar putea ca vagotomia pe care o găsim să nu mai fie un epifenomen, ci ar deveni chiar cauza acestei convalescenţe atât de lungă în această boală.

Cred că dacă am trata această vagotonie am putea să uşurăm starea bolnavului, scutindu-l de manifestaţiunile vagotomiei, cari prin ele însuşi formează o boală şi poate am scurta şi convalescenţa febrei tifoide.

In tablourile noastre ne-am servit de prescurtări de cuvinte, înţelegându-se

C. O. compresia oculară
P= pulsul
R= tonusul relativ
S= „ absolut simpatic
V= „ „ al vagului
Culcat= poziţia culcată, pe spat
Sculat= în picioare
Z. c.= zile de convalescenţă

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUZIUNI.

Cercetând starea sistemului nervos vegetativ în 12 cazuri pe febră tifoidă la copii prin metoda dozelor de atropină, paralizante dela început, injectată intravenos, am obținut următoarele rezultate:

A. In perioada febrilă.

1/° Tonusul absolut simpatic oscilează între limitele normale, pe când tonusul absolut al vagului este în mod constant scăzut mult.

2° Tensiunea arterială, scăzută în această maladie, crește sub atropină cu $^1/_2$ cm Mx și cu 1 cm. Mn. (Aparatul Vaquez-Laubry).

B. In timpul convalescenței.

1° Tonusul absolut simpatic ascilează tot în limitele normale. iar tonusul vagului crește în raport cu progresul convalescenței,

2° Tensiunea arterială se menține scăzută. Sub influența atropinei Mx crește cu 1-3 cm, iar Mn, cu 1-4 cm (Ap. Vaquez-Laubry)

C. Curba termică e modificată de injecția cu atropină

1° In timpul febrei această modificare constă în creșterea temperaturii cu remisiuni matinale mai accentuate, modificări care țin 2-3 zile.

2° In timpul primelor zile de convalescență, temperatura se ridică brusc chiar în ziua injecției și se menține 5-6 zile dând aspectul unei recăderi a boalei.

Văzute și bune de imprimat

Președintele tezei.

ss Prof. Dr. M. Manicatide.

Decanul Facultății

ss Prof. Dr. Toma Ionescu.

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUSIONS

En pratiquant l'examen du système nerveux végétatif chez 12 enfants atteints de fiévre thyphoïde, par la methode des injections intraveineuses d'atropine à la dose paralsante dès le commencement, nous avons-constaté ce qui suit:

A. Pendant la période fébrele:

1° Le tonus sympathique absolu varie dans des limites normales, tandis-que le tonus absolu du vague est constamment diminiué d'une facon très accentuée.

2° La tension artérielle — qui est habituellement diminuée, augmente sous l'influence de l'atropine d'un demi-cm au maximum et d'un cm. au minimum. (app. Vaquez-Laubry).

B. Pendant la convalescence:

1° Le tonus sympathique absolu varie toujours dans des limites normales, tandis-que le tonus absolu du vague augmente progressivement avec la convalescence.

2° La tension artérielle reste toujours diminuée. Sous l'influence de l'atropine le Mx augmente de 1-3 cm, le Mn de 1-4 cm (app. Vaguez-Laubry),

C. La courbe thermique est modifiée par l'iujecţion d'atropine.

1° Pendant la fièvre, la température monte immediatemente et les remissions matinales sont plus accentuées. Cet état dure 2-3 jours.

2° Pendant les premiers jours de la convalescence, la température monte brusquement et se maintient pendant 5-6 jours simulant une rechute.

Veu et bonne à imprimer

Président de la thèse

Prof. Dr. M. Manicatide **Doyen de la Faculté**

Prof. Dr. Th. Ionnesco.

Scanned with OKEN Scanner

Bibliografie

1. *Abadie Gh.* Considérations sur la pathologie du grand sympathique. Presse médicale No. 45; 1923.

2. *Arloing et, Langeron.* Considération sur les phénomènes de déséquilibre brusque vago-sympathique. J. de med. de Lyon, 1923.

3. *Balint A.* Beitrag zur Behandlung der Vegetative Störungen în Kindersalter. Vorsch. d. Med. Jg. 40; No 13, 1922.

4. *Banu G.* Consideraţiuni asupra tonusului sistemului vegetativ la copii. Bucureşti 1924.

5. *Benoit.* Le réflexe oculo-cardiaque dans les états auxieux. Thése de Bordeaux, 1920.

6. *Bouckaert.* Étude sur les relation entre l'ion K et l'excitation du nerf pneumogastrique — Archi. int. des Physiol, 1921.

7. *Binet L.* Poisson paralisants du systéme sympathique. Presse médicale No. 88 1923.

8. *Claude, Tinel, Santenoise.* Influence du repas sur les réflexes oculo-cardiaque et solaire. Soc de biologie de Paris C. R. No. 35 1922.

9. *Crăiniceanu Al.* Studii şi cercetări asupra sistemului organo-vegetativ şi secreţiei internă a ovarului — Buc. 1925.

10 *Castelnau.* Se réflexe oculo-cardiaque dans l'asthme Presse médicale 1923.

11 *Danielopolu D.* 1-a. Vagotonie paroxystique Soc. Biol Bucarest 1915 2-a Les épreuves végetatives. Presse méd. 1923 3-a Méthodes d'examen du systhème nerveux végetatif chez l'homme. Bull. Med. 1923. 4-a Classification des états végétatif anormaux. Bull. Med. 1923. 5-a Noţiuni elementare asupra sist. nervos vegetativ. Revista ştiinţelor medicale No. 1, 1924.

12. *Danielopolu et Carniol.* 1-a. Épreuves de l'atropine et de l'ortostatisme dans l'éxamen du systéme nervenx du coeur chez le suget normal. Archi. des maladies du coeur, Mars 1923. 2-a Èpreuve de l'adrénaline en injections intraveineuse. Annales de medicine 1922.

13. *Danielopolu, Radovici et Carniol.* Rolul sistemului vegetativ în producerea hipertoniei muşchilor voluntari. Soc. de biologie din Buc. 1 Oct. 1921 C. R. No. II 1922.

14. *Desfoses P.* 1-a. Le systéme sympathique; sa place dans l'organism. Presse med. No. 55 1921. 2-a Le systéme sympatique; son anatomie générale. Presse méd. No. 55. 1921

Scanned with OKEN Scanner

15. *Dide M.* Simpathico-vagopathies. Presse méd 1922.
16. *Epstein und Schiff.* Über das Verhalten der Blutdrukkurve nach Adrenalininjectionen bei kindern mit verschiedener Pulsqualität. Jarb. Kind. Bd 14 1920.
17. *Enzières ei Margarot.* Sympathique et anxiété. Encéphale 1920.
18. *Ferraro A.* Influence du tonus nervenx initial sur les éprenves pharmacologiques. Soc. de biol. de Paris C. R. No 31 1923.
19. *Franc E.* Über den gegenrästige Stand derLehre von der Vagotonie und sympaticotonie. D-tsch med. Woch. Ig. 47, No. 7 1921.
20. *E. Friedberg.* Die Pharmakologische Funktionsprüfung des vegetativen Nervensystems Arch. f. Kind 1921.
21. *Galup I.* 1-a. Remarques sur les réflexe oculocardiaque. Presse méd. No. 45 1924. 2-a Asthme et hémoclasie digestive. Presse méd 1922.
22 *Garrelon, Santenoise, Tinel.* Vagosympathique;. anaphilaxie et intoxications. Presse mèd No. 28 1923.
23. *Guillaume A.* 1-a Pathologie du sympathique T. IX Col. E. Sergent 2-a Les appareils organique locanx. Presse med. 1921. 3-a Une mèthode d'étude des réflexes de la vie organo-végétative C. R. Soc. biol. Paris 1921. 4-a Note sur le réflexe abdominal. C. R. Soc. Biol. Paris 1921. 5-a symgathicotonies, vagotonies, neurotonies. Masson 1925.
24. *Hagiescu D.* Cercetări asupra sist. vegetativ la copii normali şi rachitici. Teza Buc. 1925.
25. *Haas S.* Tratamentul prin atropină al pilorospasmului şi stenozei pilorice a sugarilor — C. R. Presse méd. No. 31 1920.
26. *Hartenberg P.* Les réflexes végétatives. Presse méd. 93 1921.
27. *Harvier P.* Pathologie du grand sympathique. T. IX col. Sergent.
28. *Laignel Lavastine.* La pathologie du sympatique Paris 1924.
29. *Langley I.* Le sistéme nervenx autonome. Trad. par Tiffneau Paris 1923.
30. *Mendelssohn et Quinquaud.* Sur la prétandue inervation sympatique du tonus du musches striés. Soc. de Biol. Paris 1923.
31. *Müller.* Das vegetative nervensistem. Berlin 1920

Scanned with OKEN Scanner

32. *Martinet.* Le sympahique, le vague, les reflexes de la vie organo-vègètativ Masson-Paris 1924.
33. *Mazerau.* Les syndromes neuro-végétatifs. Sympathicotonie et vagotonie. J. de Méd. de Lyon 1922.
34. *Milan C.* Le traitement prèventif et curatif de la crise nitroïde. Pres méd. 1921.
35. *Pachon M.* Considérations physiologiques sur les rapports fonctionnels du sympathique et des glandes endocrines. C R. Presse méd 1923.
36. *Papilian şi Cruceanu.* Căile centripete ale reflexelor oculo-candic şi oculo-respirator. Soc Biol din Cluj; C R.No 23 1923.
37. *Paulescu N.* Traitet de physiologie T. III 1922.
38. *Popea, Eustaţiu, Holban.* Cercetări asupra rolului tonusului simpatic asupra declanşerei crizetor epileptice. Soc. Biol Buc. C R. Feb. 1925.
39. *Rebattu et Josserand A:* Le réflexe oculo-cardiaque phénomene de compressin bulbaire par hypertension passagère du liquide céfalo-rachidiene. Paris méd. 1924.
40. *Reuss A.* Über auffretende vegetativ-neurotische Störungen bei Kinders. Monatsch. f. Kinderhel. 1924.
41. *Schraff R.* Du mécanisme antagoniste des nerfs vasomoteurs du tonus vasculaire et de l'automatisme vasculaie Presse méd. 57 2924.
42. *Santenoise.* Psychose périodique et périodicié neurovègètatif. Presse méd. 1923.
43. *Sicard A. I.* Systéme Sympathique et systéme autonom. Sympathique et Symvague. Sympathicotonie et symvagatonie; Dystonies végèstatives. Revue Med. Française novembre 1922.
44. *Stargardter.* Uber die sympathische Darmneurose der Säuglinge Jarb. f. Kinderheilk. 1924.
45. *Tinel et Santenoise.* 1-a Vago-Sympathique et anaphylaxie dans les crises paroxystiques d'anxiété, de manie et d'épilepsie Presse méd. 1922. 2-a Le role de l'èquilibre vago-Sympathique dans quelques processus de pathologie générale. C R. Presse méd 1923. 3-a Vago-sympathique et choc anaphylactique. J. Med. Fr. 1922.
46. *Widal F, Abramï, Brissaud.* Etude sur certains phénoméns de choc en clinique. Presse méd 1920.
47. *Zallewski M.* Du réflexe oculo-candiaque chez les nourisons Arch de méd. des enfants N. 2 1925.

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 2423

ELECTROLIZA ȘI RADIUMUL

ÎN

TRATAMENTUL ANGIOMELOR

TEZA

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN 23 FEBRUARIE 1926

DE

IUDCOVICI I. IOSIF

TIPOGRAFIA „ESTETICA“ STRADA ȘELARI No. 10. — BUCUREȘTI

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

Decan: D-nul Profesor Dr. THOMA IONESCU

Profesorii titulari:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr. Angelescu C,
Chimia medicală	„ „ Athanasescu N.
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie	„ „ Bălăcescu I.
Anatomia patologică	„ „ Babeș V.
Bacteriologia și patologia experimentală	„ „ Besnea St.
Istologia normală și Istogeneza	„ „ Cantacuzino I.
Medicina experimentală	„ „ Daniel C.
Clinica ginecologică	„ „ Danielopol D.
Clinica II-a medicală	„ „ Gerota D.
Anatomia topografică II	„ „ Gheorghiu N.
Clinica și teoria obstetricală	„ „ Ionescu Th.
Anatomia topografică I / Clinica I-a chirurgicală	„ „ Ionescu D.
Clinica III-a medicală	„ „ Juvara E.
Clinica III-a chirurgicală	„ „ Jianu A.
Clinica boalelor urinare	„ „ Lalu S.
Farmacologia și materia medicală	„ „ Meţianu N.
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „ Marinescu Gh.
Clinica boalelor nervoase	„ „ Manicatide M.
Clinica infantilă	„ „ Mezincescu D.
Igiena și poliția sanitară	„ „ Minovici M,
Medicina legală	„ „ Manolescu D.
Oftalmologia și clinica oftalmologică	„ „ Nanu-Muscel
Clinica I medicală	„ „ Nicolau St.
Clinica dermatologică și sifiligrafică	„ „ Obregia Al.
Clinica mentală	„ „ Paulescu N.
Fiziologia umană	„ „ Proca Gh.
Patologia generală	„ „ Rainer Fr.
Anatomia descriptivă și embriologia	„ „ Solacolu T.
Botanica medicală	„ „ Thomescu I. T.
Patologia medicală	„ „ Theohari A.
Clinica terapeutică	„ „ Zotta G.
Zoologia medicală	„ „

Profesori agregați:

Medicina operatoare	D-l Dr. Constantinescu C.

PREȘEDINTELE TEZEI

D-nul Prof. Dr. JIANU A.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici aprobare nici dezaprobare.

Scanned with OKEN Scanner

Părinților mei,

pentru sacrificiile făcute pentru mine,
îi asigur de recunoștință și dragoste
nețărmurită.

Surorilor mele,

închin această modestă lucrare în semn
de dragoste frățească.

Fratelui meu,

iubire și recunoștință.

Scanned with OKEN Scanner

Prin introducerea electricității și a radiumului în terapeutica medicală asistăm la o adevărată renaștere a fizioterapiei care a fost ignorată timp îndelungat. Fiecare secțiune a ei: hidroterapia electroterapia, radiumterapia etc., constitue astăzi o știință autonomă, care se aplică cu succes în medicina practică.

Rezultatul tratamentului tumorilor vasculare prin radium și electroliză constitue subiectul lucrărei mele înaugurale.

Inainte de a intra în desvoltarea acestui subiect mă simt dator să exprim aci D-lui Profesor Doctor Amza Jianu, președintele tezei, viile mele mulțumiri pentru bunăvoința cu care a primit să prezideze juriul meu de promoțiune.

Profundă recunoștință voiu păstra D-lui Conf. Doctor Severeanu, care mi-a încredințat acest subiect și care a binevoit să-mi pună la dispoziție foile de observație ale bolnavilor tratați în Institutul D-sale.

Asigur de toată gratitudinea pe Onoratul Juriu de promoțiune.

Colegilor mei de Facultate le voiu păstra amintiri frumoase.

Scanned with OKEN Scanner

PARTEA I.

DEFINIȚIA ȘI CLASIFICAȚIA ANGIOMILOR.

Din punct de vedere anatomic angiomii se caracterizează prin localizarea lor pe sistemul capilar, prin dilatațiunea și neoformațiuni de vase capilare; patogenicește este o tumoare datorită unei turburări în desvoltare, consistând în malformațiunea locală de vase sanguine, care este în majoritatea cazurilor de origină congenitală.

Aceasta este părerea lui Wirchov, care numea angiomii niște tumori benigne, de obiceiu congenitale, datorite dilatației și neoformației în sistemul capilar. Părerile în privința texturei și originei lor fiind diferite, aceste tumori au primit diferite numiri: anevrisme prin anastomoze, angiectazii, telangiectazii, tumori sanguine, tumori cavernoase erectile, angiomi, etc. Broca le consideră ca făcând parte din grupul naevilor și le descrie sub numele de naevi vasculari, pe cari îi subdivide în *a)* naevi vasculari sanguini sau angiomi propriu zișI și *b)* limfagiomi.

Naevii vasculari sanguini sau angiomii propriu zișI pot fi de mai multe forme:

a) *naevi vasculari netezi sau plani* (angiomul simplu al lui Wirchov, „taches de vin, taches de feu“ a francezilor;

b) *naevi vasculari tuberoși* (angiom proeminent, cavernos, tumoarea vaseulară erectilă. Dupuytren);

c) *naevi telangiectazici punctați* (angiomul stelar al lui Besnier).

ANATOMIA PATOLOGICA.

Din acest punct de vedere sunt câteva forme de angiomi: 1) *angiomul simplu* (al lui Wirchov) venos sau arterial; sângele vine în angiom prin artere aferente şi iese prin vinele eferente; când circulaţia intratumorală este rapidă, sângele ia culoarea celui arterial, tumoarea este roşu-viu şi corespunde angiomului numit de Brocq „arterial", dacă din contra circulaţia sanguină este lentă, sângele va lua, încărcându-se de acid carbonic, culoarea albastră-închisă, violacee-angiomul venos (al aceluiaş autor). Vasele de neoformaţiune sunt asemănătoare cu vasele normale, artere, capilare, vine. La microscop se văd aglomeraţiuni insulare formate din capilare alungite la început, devenind pe urmă flexuoase, dilatate; endoteliul vascular este foarte proliferat. Insulele vasculare sunt cuprinse într'o stromă conjonctivă care poate câte odată lua o desvoltare considerabilă, uneori din contra subţiindu-se în aşa fel încât provoacă o comunicaţie între capilare, constituind caverne vasculare şi deci o a doua formă de augiom, după cum urmează: 2) *Angiomul cavernos* (naev vascular tuberos-Brocq, tumoare vasculară erectilă-Dupuytren) unde putem constata cavităţi umplute de sânge şi formate prin fuziunea capilarelor dilatate. Fuziunea această se produce în modul următor: lamele conjonctive care separă capilarele unele de altele pot să fie aşa de subţiate încât aceste vase sunt în contact direct între ele, însă păstrând încă independenţa fiecare din ele; atunci când aceasta independenţă a capilarilor dispare prin ştergerea peretelui intervascular, angiomul simplu se transformă în angiom cavernos. Din caverne sângele iese prin vine destul de groase. Uneori tumoarea este compresibilă, pulsatilă, alteori nu. Tumorile mici nu sunt capsulate, cele mari au o capsulă de ţesut conjonctiv rezultată din inflamaţia ţesuturilor dinprejur. Angiomii cavernoşi difuzi nu au capsule (Babeş). Alteraţia pereţilor vasculari mai poate duce la *a treia formă* de angiom, forma rară, numită *„anevrism racemos"* (cirsoid), unde căile de comunicaţie arteriovenoase se lărgesc progresiv şi trecerea de sânge din arteră în vână se face foarte rapid. Se desvoltă mai ales pe cap unde provoacă atrofia osului pe care se găsesc. Nu întotdeauna angiomul este în stare pură, câteodată între pereţii vasculari există o producţie grăsoasă şi atunci tumoarea ia numele

de angioliponi ; altă dată dilatația vaselor arteriale este acompaniată de dilatația celor limfatice constituind limpangiomi.

ETIOLOGIE ŞI PATOGENIE.

Angiomul este o producție patologică de origină congenitală. Patogenia lui nu este încă elucidată, sunt mai multe ipoteze, dar nici una din ele nu pare precisă. In orice stadiu de desvoltare a embrionului poate să se producă o oprire în desvoltarea diferitelor părți ale lui. Această oprire a desvoltării constă în aceia că anumite celule intră într'un fel de somn, oprindu-se în evoluția lor. Peste un timp de durată variabilă ele își reiau activitatea formatrice întreruptă, însă desvoltarea lor ulterioară nu va mai fi de tip normal, căci creşterea reluată a acestor celule va fi modificată prin mai multe condițiuni noi şi variațiuni de mediu produse în timpul inactivității lor,—aceste celule vor fi atipice, vor creşte în mod excesiv, constituind o masă anormală care a primit numele de embriom. Din punct de vedere histologic la care țesut va aparține embriomul ? Să presupunem că evoluția embrionului a ajuns până la desvoltarea celor trei foițe ; fie care din acestea posedând un fel de specializație va da naştere, odată cu evoluția ulterioară a embrionului, la anumite țesuturi bine diferențiate. Dacă oprirea desvoltării unui grup celular are loc pe foița mezodermică,— atunci embriomul rezultat din desvoltarea anormală a celulelor, la trezirea lor, va aparține din punct de vedere histologic țesuturilor cari iau naştere din această foiță — țesutul osos, muşcular, conjonctiv ; ori şi țesutul vascular se desvoltă din mezoderm şi atunci, se întreabă profesorul Ombrédanne, este posibil ca tumorile angiomatoase să se desvolte prin trezirea şi creşterea excesivă şi anormală a acelor celule mezodermice, care s'au oprit la un moment dat în desvoltarea lor? Asta e o ipoteză. Unna susține că tumorile vasculare ar proveni din epitelium, iar Recklinghausen din endoteliumul limfaticelor. Wirchov acuză fentele embrionare, că ele ar determina iritația şi proliferația consecutivă a celelulor tumorale. Angiomii se găsesc foarte des la cap şi mai ales la nivelul fisurilor şi branşilor din viața embrionară, la nivelul fisurilor gurei, nasului, ochiilor la urechii, pe frunte, pleoape, la nivelul spațiilor interbranchiale ale

gâtului, alteori pe limbă, buze (Wirchov). Alţi autori se gândesc la originea nervoasă a naevilor vasculari, bazându-se pe frecventa distribuţie radiculară a acestor naevi. După Brocq patogenia nu este încă elucidată în mod absolut. Angiomii cari apar tardiv (sunt excepţionali), s'ar forma, după profesorul Babeş, în regiunile vasculare care se găsesc în condiţiuni nenormale de presiune mai mare din partea sângelui, din care cauză se produce o dilataţie a vaselor; alteori sunt acuzate traumatisme, momente mecanice; aceste condiţiuni sunt suficiente mai ales dacă sunt uşurate de predispoziţia ereditară a individului, Angiomul se acompaniază deseori de alte malformaţiuni, ca de ex. buză de iepure, spina bifidă etc.

SIMPTOMATOLOGIA.

Clinicește distingem trei forme de angiomi: cutanat, subcutanat şi mucos. Există şi forme mixte, cutano-mucoase etc.

A. *Angiomul cutanat.* Acesta are ca loc de predilecţiune faţa, gâtul şi rareori trunchiul. El se localisează de obiceiu pe regiunile corespondente fentelor branchiale. Cei mai simpli, 1) *naevi vasculari plani* sau angiomul simplu al lui Wirchov, „taches de vin, de feu“ etc., de coloraţiune şi formă variabilă: *a*) mici pete pe piele ca nişte puncte mari, făcând o eşitură deabia vizibilă pe planul cutanat, se observă foarte des pe faţa noilor născuţi; *b*) sau pete mai întinse de culoare roşie-violacee, albastră—angiom venos, alteori roş-viu, angiom arterial; se întâlnesc des pe faţă, în jurul orificiilor naturale, pe ceafă şi rare ori la organele genitale. Câteodată se pot dispune pe traectul unui nerv (naevi zoniformi); foarte frecvent se desvoltă la nivelul liniilor fisurale şi nu întrec inia mediană. Sunt varietăţi perfect plane, în care pielea este netedă, subţire, mobilă, iar unele formează un relief puţin evident. Marginele sunt netede, clare sau difuze (naevus araneus). La presiune devine palid şi din contra la efort şi strigăt se închide în culoare, crescând câteodată în volum. Nu se observă nici bătăi, nici sufluri. Dimensiunile petei angiomatoase pot varia enorm—de la mărimea unei lentile până la cea a unei palme; 2) *maevii vasculari tuberoşi* sau angiomii proeminenţi, cavernoşi, tumoarea vasculară erectilă—Dupuytren, constitue a doua variaţiune a angiomilor cutanaţi.

Tumoarea face o ieşitură mare pe suprafaţa pielei. Este nedureroasă; de coloraţie roşie sau albastră; deobiceiu centrul este roş viu iar periferia mai închisă. Suprafaţa prezintă câteodată nişte puncte negre datorite micilor hemoragii provenite din grataj. La strigăt şi efort tumoarea se măreşte în volum; ea este constituită de un ţesut cavernos cu cavităţi pline de sânge. La presiune este puţin reductibilă; se poate prelungi în profunzime la oare care distanţă. Se localizează de obiceiu pe frunte, rădăcina nasului, pleoapele inferioare, pe obraz pe linia care uneşte comisura bucală cu tragusul. Tumoarea acoperă uneori o parte întreagă a feţei. Alteori ea se desvoltă în mod simetric formând nişte ridicături puţin boselate care deformează faţă.

B. A două formă de angiom *angiomul subcutanat*, se desvoltă dedesubtul pielii, în ţesutul celulo-adipos. Consistenţa tumoarei este moale. dând la palpaţie impresia unui lipom. Pielea care acoperă tumoarea pare normală, liberă şi mobilă pe planul subjacent, prezintând însă deseori culoarea mai închisă, albastră, alteori (rar) arborizaţiuni vasculare (diagnostic diferenţial între angiom subcutanat şi lipom). Se desvoltă pe faţă şi este mai puţin frecvent pe corp. Când angiomul subcutanat este difuz, el invadează pielea, ţesutul celular subcutanat şi părţile vecine, însă cu toate aceste tendinţe de invadare, tumoarea este benignă, nedureroasă, iar starea generală a bolnavului rămâne foarte bună. Obrazul poate fi întreg tumefiat, înfiltrat prin o tumoare moale şi albastră prin transparenţa pielii, întinzându-se câteodată de la maxilarul inferior până la pleoape. Tumoarea este foarte puţin reductibilă. O altă varietate a acestei forme de angiom se caracterizează tocmai prin reductibilitatea ei — în acest caz o enormă tumoare difuză subcutană comunică cu o vînă vecină, ex. cu sinusul longitudinal superior pe craniu, sau cu una din jugulare la gât, — atunci volumul tumoarei la presiune aproape dispare (Forgue).

C. Angiomul mucos. Se întâlneşte pe mucoasa nasului, pe faţa internă a obrazului. prelungindu-se de obiceiu pe buze, alteori pe gingii şi marginea limbei. Eşitura pe care o formează tumoarea pe mucoasă este nereguată, de mărime mică sau mijlocie, pe buză însă poate cauza deformaţiuni foarte evidente. Culoarea este albastru închisă. La palpaţie este moale.

Scanned with OKEN Scanner

EVOLUȚIA ȘI COMPLICAȚII.

Micile puncte angiomatoase pe fața noului născut pot mai târziu să se transforme într'o tumoare erectilă, care prin desvoltare enormă face ca purtătorii ei să devină obiecte de desgust pentru cei cari îi înconjoară, uneori putând produce o jenă mecanică în vorbire sau alimentație, atunci când ele sunt situate în regiunea corespondentă. Pentru a evita aceste complicațiuni se impune o intervenţiune timpurie (Weiss, Congrès de dermatologistes et Syphiligraphes de langue française—Strassburg 1923).

Altădată tumorile vasculare rămân staționare şi chiar regresează. Vindecarea spontană a unui angiom, mai ales dacă el nu este cavernos, este posibilă. Anevrismul cirsoid (racemos), care se observă mai ales pe pielea capului este transformația angiomului prin stabilirea unei comunicări largi arteriovenoase, care face trecerea sângelui din arteră în vână foarte rapidă. Angiomul poate să sufere o ulcerație datorită traumatismului ; aceasta se observă mai ales pe mucoasa gurei unde poate provoca o hemoragie mai mult sau mai puțin abundentă.

Transformația epiteliomatoasă este foarte rară.

TRATAMENT.

Brocq practica compresiunea prelungită a naevilor vasculari cari repozau pe un plan registent. El a putut astfel să-i reducă şi să uşureze dispariția lor, aplicând pe suprafețele naevilor collodion, care retractându-se, exercita o compresiune localizată asupra dilatațiunilor vasculare. Acelaş autor împreună cu alții întrebuința diferiți caustici, ca de pildă etylat de sodiu, potasă caustică, acizi-acetic, phenic, nitric, sulfuric etc, ale căror efecte constă în producerea unei escari sau inflamaţiuni violente urmate de o supurație. Prin vaccinația la nivelul tumoarei. aceasta a putut fi distrusă în urma procesului inflamator, care a avut loc la nivelul vaccinului însă cicatricea consecutivă era foarte disgrațioasă. Practicarea, injecţiei interstiţiale de Perclorur de Fer este abandonată, putând da loc la accidente, ca embolie, câteodată mortală, datorită depla-

sărei în curentul circulator a unui chiag formar în sânul angiomului prin injecţia caustică.

Se întrebuinţa de mult bisturiul pentru excizia tumorilor vasculare; ei bine, daca ele sunt situate pe corp, sau acolo unde tumoarea este foarte mică, bine limitată, circumscrisă şi unde marginile câmpului operator pot să fie unite rezultatele sunt mediocre. Dar când tumoarea ocupă o suprafaţă întinsă a feţei sau când ea se prelungeşte în locuri puţin accesibile pentru o intervenţie chirurgicală, cum este angiomul cavităţii orbitare sau la nivelul fontanelelor, atunci bisturiul poate deveni periculos; chiar în cel mai bun caz cicatricele consecutive sunt foarte disgratioase, deformante; intervenţiunea chirurgicală în angiomii feţei au dat de multe ori rectacţia comisurei bucale sau a pleoapelor. Cauterizaţia cu ferul roşiu se practica pe lângă caustici. Scarificaţiile lineare utilizate un timp au fost şi ele abandonate pe urmă. Zăpada carbonică dă uneori rezultate mediocre. Duşurile de aer supraîncălzit la 400° s'au întrebuinţat contra agiomului; ele ar produce o coagulare a sângelui conţinut tumoare şi în acelaş timp o cauterizaţie superficială; rezultatele estetice sunt însă inferioare.

TRATAMENTUL ANGIOMILOR PRIN ELECTROLIZĂ.

Cinisselli primul a publicat în 1862 o observaţie a unei tumori erectile vindecate prin eloctroliză.

Interventiunile eloctrolitice în tratamentul tumorilor angiomatoase se bazează pe acţiunea curentului galvanic asupra sângelui conţinut în vase, asupra vaselor însăşi şi ţesuturilor înconjurătoare.

Pe polul pozitiv se formează un chiag dur, care aderă foarte mult pe peretele vascular şi pe acel introdus în ţesut. Acest chiag este de o retractilitate extremă, întrerupe circulaţia şi joacă un rol important în dispariţia tumoarei. Ulterior tunicele vasculare se inflamează şi atunci se produce o „endoperiarterită, endoperiflebită, o endopericapilarită". (Mirəudot). Această inflamaţie hipertrofiantă la început devine pe urmă, în stare cronică, scleroasă, retractilă, atrăgând după sine o transformare fibroasă a întregului ţesut perivascular vecin.

Ţesutul cicatricial şi scleros înlocueşte puţin câte puţin buzunarele sanguine, dar cicatricea nu este decât puţin vizibilă. Aceste procese electrolitice la nivelul ţesuturilor contribue mult la tratamentul unora din angiomi. Se face electropuuctura, adică se introduc în ţesutul morbid ace fine adaptate la poli, curentul fiind de o anumită intensitate. Mai multe metode de electrolisă au fost utilizate în tratamentul angiomilor.

Metoda monopolară se practică, introducând în ţesut un ac (sau mai multe) legat de unul din polii pilei, al doilea (pol) fiind unit cu electrodul indiferent, care se pune pe piele în vecinitatea celui activ. Metoda monopolară poate fi pozitivă sau negativă, după cum acele introduse în ţesut sunt legate de polul pozitiv sau de cel negativ.

In punctura monopolară pozitivă instrumentaţia constă în: *a*) o sursă electrică, un curent galvanic continuu, căci numai acesta provoacă decompoziţia electrolitică a sângelui şi formaţiunea de chiag; *b*) galvanometru, *c*) fire de cupru izolate, *d*) electrozi, unul negativ, compus din o placă de metal, (ex. zink), acoperit de un ţesut spongios; electrod pozitiv format din ace de aur sau platină. Placa negativă este muiată în apă sărată şi pusă în vecinătatea tumoarei; acele sunt introduse întâiu spre periferia tumoarei, pe urmă în centrul ei. Intensitatea curentului este de 5—7 M. Amp.; Durata este de 8—10 minute . Schimbarea culoarei pielei în jurul acelor ne informează că ele au lucrat suficient şi trebuesc extrase ca să nu avem reacţia necrozantă din partea pielei. Reducem apoi curentul la zero şi îl inversăm pentru a uşura scoaterea acelor pozitive. Pansăm în sfârşit aseptic locul operaţiei. Practicarea electrolizei este dureroasă şi necesită, mai ales la copii şi la indivizi impresionabili, nervoşi, anestezia locală, rareori chiar generală.

Punctura monopolară negativă se aplica de Brocq în naevii vasculari superficiali cu telangiectazii vizibile şi în naevii stelari, introducând un ac negativ cu intensit. de 2—3 M. Amp în diferitele locuri ale vaselor ectaziate, în aşa mod ca punctele mortificate să nu devină tangente. Această metodă este astăzi rar intrebuinţată

Punctura bipolară. Se utiliza aproape în toate formele de angiom, astăzi însă se întrebuinţează în tumorile proeminente erectile, mucoase, cutanate şi subcutanate.

Acele, negativ şi pozitiv, legate prin fire cu polii respectivi

Scanned with OKEN Scanner

Ţesutul cicatricial şi scleros înlocueşte puţin câte puţin buzunarele sanguine, dar cicatricea nu este decât puţin vizibilă. Aceste procese electrolitice la nivelul ţesuturilor contribue mult la tratamentul unora din angiomi. Se face electropuuctura, adică se introduc în ţesutul morbid ace fine adaptate la poli, curentul fiind de o anumită intensitate. Mai multe metode de electrolisă au fost utilizate în tratamentul angiomilor.

Metoda monopolară se practică, introducând în ţesut un ac (sau mai multe) legat de unul din polii pilei, al doilea (pol) fiind unit cu electrodul indiferent, care se pune pe piele în vecinitatea celui activ. Metoda monopolară poate fi pozitivă sau negativă, după cum acele introduse în ţesut sunt legate de polul pozitiv sau de cel negativ.

In punctura monopolară pozitivă instrumentaţia constă în: *a*) o sursă electrică, un curent galvanic continuu, căci numai acesta provoacă decompoziţia electrolitică a sângelui şi formaţiunea de chiag; *b*) galvanometru, *c*) fire de cupru izolate, *d*) electrozi, unul negativ, compus din o placă de metal, (ex. zink), acoperit de un ţesut spongios; electrod pozitiv format din ace de aur sau platină. Placa negativă este muiată în apă sărată şi pusă în vecinătatea tumoarei; acele sunt introduse întâiu spre periferia tumoarei, pe urmă în centrul ei. Intensitatea curentului este de 5—7 M. Amp.; Durata este de 8—10 minute . Schimbarea culoarei pielei în jurul acelor ne informează că ele au lucrat suficient şi trebuesc extrase ca să nu avem reacţia necrozantă din partea pielei. Reducem apoi curentul la zero şi îl inversăm pentru a uşura scoaterea acelor pozitive. Pansăm în sfârşit aseptic locul operaţiei. Practicarea electrolizei este dureroasă şi necesită, mai ales la copii şi la indivizi impresionabili, nervoşi, anestezia locală, rareori chiar generală.

Punctura monopolară negativă se aplica de Brocq în naevii vasculari superficiali cu telangiectazii vizibile şi în naevii stelari, introducând un ac negativ cu intensit. de 2—3 M. Amp în diferitele locuri ale vaselor ectaziate, în aşa mod ca punctele mortificate să nu devină tangente. Această metodă este astăzi rar intrebuinţată

Punctura bipolară. Se utiliza aproape în toate formele de angiom, astăzi însă se întrebuinţează în tumorile proeminente erectile, mucoase, cutanate şi subcutanate.

Acele, negativ şi pozitiv, legate prin fire cu polii respectivi

se introduc oblic în ţesutul patologic. In primele şedinţe circumscriem tumoarea prin înţepături periferice, după ce vom ataca şi centrul prin puncturi profunde.

Şedinţele nu trebuesc să fie prea apropiate unele de altele, căci este nevoe să treacă un oarecare timp pentru ca retracţia cicatricială să se efectueze după fiecare şedinţă. Instrumentaţia constă în o sursă de un curent galvanic, firele conducătoare izolate, milliampermetrul, un reostat sensibil, un „porte aiguilles“ şi doi electrozi, reprezentaţi aci prin ace de platină. Intensitatea curentului variază între 5-8 M. Amp. Durata şedinţei depinde de iuţeala schimbării culoarei, pielei în vecinitatea acelor,—când pielea devine albă, oprim curentul. Se recomandă inversarea lui pentru a uşura scoaterea acelor pozitive, care fără aceasta ar traumatiza ţesuturile. Aplicaţia metodei fiind dureroasă se practică uneori o anestezie locală sau chiar generală.

Rezultatele obţinute prin electroliză, atunci când tratamentul este făcut cu răbdare, sunt din punct de vedere estetic mult superioare rezultatelor celorlalte metode, care au fost întrebuinţate până la introducerea curentului electric în tratamentul tumorilor vasculare. Indicaţiile terapeutice ale electrolizei în angiom variază după diferitele forme clinice ale lui — se vor distinge angiomi plani, stelari şi tuberoşi. Rezultatele vor fi excelente cu condiţiunea ca acest tratament să fie aplicat în cazuri bine determinate, unde el poate fi util.

Angiomii tuberoşi, tumori erectile (cutanate, subcutanate, mucoase). Mulţi autori practică metoda monopolară pozitivă, însă şi cea bipolară esle foarte des întrebuinţată. Durerea cauzată de operaţie necesită la copii sau la indivizii nervoşi întrebuinţarea anesteziei locale sau generale. Pentru a evita eventualele mişcări din partea pacientului şi sincopa, îl întindem şi-l imobliizăm.

Facem apoi asepsia regiunei. Introducem acele după technica descrisă mai sus în fiecare metodă. Când galvanometrul arată o intensitate de 5—6 sau 7 M. Amp. fixăm atenţia asupra fenomenelor ce se produc în jurul acelor; apariţia unei mici zone albe în jurul lor ne arată că curentul a lucrat suficient; de obiceiu operaţia durează 2—3 minute în angiomii mici, pe când în cei mari este necesar de a o prelungi timp de 7-10 minute. La sfârşitul şedinţei inversând curentul, scoatem acele. După câteva zile repetăm

din nou şedinţa şi aşa mai departe până când considerăm tratamentul suficient. Ameliorarea continuă să progreseze un timp lung după cedarea acestuia şi rezultatul devine foarte satisfăcător câteva săptămâni dela începutul tratamentului. Numărul şedinţelor este proporţional cu dimensiunile tumoarei. Cele foarte voluminoase cer şedinţe numeroase şi sunt vindecate mai repede cu sărurile de radium. Tumorile de mărimea mică şi mijlocie din contra reacţionează repede, se umplă după fiecare aplicaţie şi se constată că acolo unde am introdus acele electrolitice s'au format mici noduli fibroşi, cari retractându-se aduc micşorarea progresivă a lor.

In rezumat, în angiomii tuberoşi-erectili electroliza se aplică la cei de dimensuini mici şi mijlocii, dând o vindecare rapidă. Inconvenientul pe care-l are electroliza, durerea, face ca această metodă să fie incomodă în aplicarea ei în tratamentul angiomilor la copii. Uneori această metodă lasă cicatrice vizibile; deaceea mulţi autori, între cari şi Boucher (journal de radiologie et d'électrologie, 1925), recomandă a o întrebuinţa, mai ales la femei, numai în acei angiomi erectili de mărime mijlocie, cari sunt situaţi pe părţile acoperite ale corpului, ci nu pe pielea feţei. Din contra în angiomii proeminenţi ale mucoaselor, (ca exemplu ai buzelor), se recomandă electroliză, pentru că dă aci cicatrice aproape întotdeauna nule şi deci rezultate estetice superioare.

Angiomi plani. Din punct de vedere terapeutic angiomii plani se divid în naevi vasculari plani superficiali (întinşi sau din contră foarte mici, stelari) şi în naevi plani, cari înfiltrează profund ţesuturile subjacente. Având în vedere rezultatele superioare obţinute cu radiumterapia în naevi vasculari plani superf. întinşi electroliza nu mai este actualmente întrebuinţată în aceste cazuri. Insă ea poate fi aci utilă numai ca adjuvant, ex. după radiumterapia, care lasă uneori să persistă o telangiectazie superficială pe locurile tratate; aceste vase telangiectazice rămase, neplăcute din punct de vedere estetic, se micşorează şi chiar dispar sub influenţa câtorva puncturi electrolitice cu curent de o slabă intensitate.

In *naevi vasculari superficiali, numiţi „naevi stelari“* (Besnier), electroliza dă rezultate remarcabile. Se introduce acul în centrul naevului, şi când efectul s'a produs se scoate pentru a fi introdus la periferie pe traectul vaselor e c t a z i a t e, care sunt dispuse în raze în jurul centrului. O singură sau 2-3 şedinţe sunt deseori

suficiente. Brocq preferă metoda bipolară,—el introduce acul pozitiv în centru şi face o coroană de înţepături negative la nivelul vaselor ectaziate periferice; astfel obţine rezultate excelente. Boucher întrebuinţează o intensitate de 1m. amp. în timp de câteva secunde; în caz de recidivă (rară), o a doua serie de electropuncturi va aduce o vindecare persistentă.

Naevii vasculari plani, cari infiltrează profund tegumentele, sunt în general puţin modificaţi de tratamentul electrolitic. Intrebuinţarea aci a metodei monopolare s'a arătat ineficace. Brocq utiliza cea bipolară. Acest autor introducea acul pozitiv într'un punct al naevului (începând de la periferie), cel negativ la o distanţă de 5—8 m. m. de cel dintâiu. Când efectul acului negativ devenea aparent, acesta era scos pentru a fi din nou introdus la oare care distanţă într'un punct vecin, pentru ca zonele de escară să nu fie tangente; în sfârşit acul pozitiv avea în jurul lui o coroană de înţepături negative, după ce el se introducea într'o nouă zonă de acţiune şi aşa mai departe. Brocq întrebuinţa un curent de o intensitate slabă şi de durată scurtă, pentru a nu provoca o destrucţie totală a tegumentelor pe toată întinderea lor şi consecutiv o cicatrice foarte disgratioasă. Cros a obţinut şi el rezultate satisfăcătoare prin metoda bipolară în această formă de naevi. Mulţi alţi autori susţin că efectul estetic nu este întodeauna bun.

OBSERVAŢIUNI.

OBSEVAŢIUNEA I.

(Rezumată din lucrare Miroudot).

Un Domn purta un angiom cavernos, lung de 6 cm. şi larg de 5 cm., pe jumătatea dreaptă a frunţei.

Tratamentul. I s'au făcut şedinţe de electroliză bipolară timp de 7 luni,— întâiu de două ori pe săptămână, pe urmă numai odată; —în momentul terminării tratamentului neoformaţiunea numai exista. Ea a fost înlocuită de o cicatrice neaderentă la os, care nu-şi schimba nici forma nici coloraţia la eforturi.

OBSERVAȚIUNEA II. *(Conf. Dr. G. Severeanu)*

Dl. Colonel C. de 52 ani s'a prezentat în 15 Mai 1915 cu un angiom tuberos al buzei inferioare, angiom de mărimea unei alune.

Tratamentul. Electroliza bipolară cu 2 ace implântate la cele două extemități opuse ale tumoarei, cu un curent de intensitate de 5 m. amp. timp de 10 minute pe ședință. Bolnavul a urmat în total patru ședințe. Rezultat: Dispariția complectă a angiomului după 25 de zile. Revăzut fiind în 1925, bolnavul se constată vindecat complect.

OBSERVAȚIUNEA III. *(Conf. Dr. G. Severeanu)*

Architectorul M. de 46 ani s'a prezentat în Sept-ie 1918 cu o tumoare angiomatoasă proeminentă de mărimea unui bob de fasole, tumoare situată pe buza inferioară, în dreptul comisurei bucale.

Antec. heredocolat. fără împortanță.

Tratamentul urmat: Electroliza bipolară cu două ace implântate la cele două extremități opuse ale angiomului, cu un curent de 6 M. Amp. timp de 9 minute pe ședință. A făcut în total șease ședințe.

Urmare: Peste 15 zile se constată dispariția complectă a diformității. Revăzut în anul 1925 vindecarea se menține.

OBSERVAȚIUNEA IV. (*Conf. Dr. G. Severeanu)*

D-ra G. S. de 19 ani prezentându-se în Sep-ie 1915 cu un angiom tuberos pe lobulul urechii drepte, angiom de mărimea unei alune, de coloratie roșie, nedureroasă, mărindu-și volumul când bolnava țipa; a fost supusă tratamentului electrolitic cu metoda bipolară, în trei ședințe de câte 8 minute fiecare, cu un curent de o intensitate de 7 M. Amp.

Rezultat: după șapte zile vindecare complecta. Revăzută în 1925 vindecarea se menține.

PARTEA II.

RADIUMUL IN TRAT. ANGIOMULUI.

Primul care s'a ocupat de radiumterapia angiomilor a fost Danloş care a reuşit să vindece naevi vaşti prin aplicaţia perzistentă a radiumului. Rehn a vindecat în acelaş mod un naev mare al braţului. Boicow din Harcow a avut şi el rezultate analoage. Hartigan şi Zimmern, tratând angiomi plani superficiali cu acest agent au obţinut o vindecare, care a perzistat mulţi ani în urmă. In 1908 Wickman şi Degrais au publicat într'o revistă de specialitate cazuri multiple de vindecare ale diferitelor forme de angiomi cu radium. Ei au şi stabilit regulă în ceea ce priveşte modul operator şi dozajul. Ulterior acest tratament a fost practicat de mulţi alţi savanţi, dintre cari majoritatea a obţinut rezultate mai mult decât satisfăcătoare.

Razele care emană din corpii radioactivi au proprietatea de a modifica celulele endoteliului vascular, provocând alteraţia lor şi în consecinţă obliteraţia vasului. Ori dacă acest proces obliterativ are loc la nivelul massei vasculare neoformate a angiomului, — tumoarea va da înapoi. După Dominici şi Barcat procesul histologic care se petrece la nivelul ei sub influenţa razelor radiumului „consistă în modificări ale evoluţiei ţesutului conjonctivo-vascular, provocate prin acţiunea radiaţiunei radiumului. Această acţiune determină o retopire embrionară a angiomilor, urmată de reorganizaţia elementelor lor reîntinerite sub forma unui ţesut conjonctiv fibros de textură uniform regulată". (citat din Wickman şi Degrais.)

Scanned with OKEN Scanner

Se obţin adevărate vindecări în majoritatea angiomilor, unii dispărând într'un timp relativ scurt, alţii, din contră, având nevoe de o aplicaţie mai prelungită a acestui agent fizic.

Mathey Cornat (journal de Radiologie et d'électrologie, 1924) citează 15 observaţiuni, asupra subiecţilor de diferite vârste, din care conchide că radiumterapia prezintă garanţii maxime de regresiune şl de vindecare a angiomilor de orice marime şi gravitate.

Modurile de utilizaţie terapeutică a radiumului pot fi diferite. Radiaţiunea se efectuează urmând două metode:

Prima metodă, *radiaţiunea totală*, se realizează prin nişte aparate, de diferite forme, cari sunt formate dintr'un suport metalic sau de pânză, pe suprafaţa cărora se întinde cu vre-o pastă adezivă sare activă de radium.

Aplicaţia se face direct pe ţesutul patologic, aparatul fiind învelit numai într'o foaie protectrice de cauciuc, sau se fixează la oare care distanţă de el pentru a atenua radiaţiunea sa. Numărul aparatelor aplicate poate varia de la unul până la 2, 3 sau chiar mai multe, ele fiind puse deodată, ceeace constitue metoda numită de francezi „en feu croisé" şi „kreuzfeuerverfahren" de germani. Această metodă îşi găseşte întrebuinţarea când vrem să lucrăm cu o energie mare asupra părţilor profunde ale tumoarei vasculare şi în acelaş timp să evităm reacţia violentă posibilă din partea pielei, ca ulceraţiuni şi hemoragii consecutive.

A doua metodă, *de filtraj*, se practică prin izolarea sărei active de radium prin nişte învelişuri (de plumb, aur, argint, aluminium, hârtie etc.), cari reţin unele din raze. Acestea sunt mai ales cele Alfa şi o parte din cele Beta, care nu pot traversa învelişul, pe când majoritatea razelor Gama trece prin el.

Acţiune terapeutică o au nu numai razele Gama ci şi cele Beta. Degrais într'un articol apărut în „Presse Medicale", an. 1923, No. 13, tratează despre utilitatea razelor Beta (Beta terapia) care după acest autor dau în câteva procese patologice, ex. în anumite angiome plane, rezultate foarte bune.

Metoda de filtraj suprimă sau atenuează radiumdermitele, care ar fi datorite acelora din zaze Gama a căror putere penetrantă este mică şi irită pielea; acţiunea acestor raze este înlăturată prin metoda filtrantă.

Sarea de radium utilizată este de obiceiu un sulfat, la care se

adaugă un alt sulfat de barium. Cantitatea acestui ultim sulfat este invers proporţională cu forţa radioactivă a aparatului. Adică, cu cât sarea de barium este mai puţină şi cea de radium mai multă, cu atât energia amestecului este mai mare.

Insă nu numai cantitatea fiecărei din sărurile amestecului influenţează puterea radioactivă a aparatului, ci sunt şi alte condiţiuni de care aceasta depinde, ele sunt:

1) durata radiaţiunei asupra ţesuturilor,
2) numărul aparatelor aplicate,
3) natura şi grosimea filtrelor,
4) poziţia aparatelor în raport cu ţesuturile,
5) forma şi dimensiunile lor, aparatele fiind cu atât mai active cu cât suprafaţa lor radioactivă este mai mare.

In practică pentru a arăta calitatea unui aparat radifer este indispensabil să precizăm numai factori, primordiali, anume: *a*) greutatea radiumelementului, exprimată în miligrame şi *b*) durata radiaţiunei, exprimată în ore (Labore).

Sustinerea aparatelor pe loc se realizează cu diferite piese plastice de forme variabile, după regiunile unde lucrăm, ex. formă de mască şi altele.

In capitolul în care am vorbit despre electroliză am văzut dezavantajele în aplicarea terapeutică a acestui mijloc fizic. Am vorbit despre senzaţia dureroasă, care constitue un obstacol în timpul intervenţiei, cu atât mai mult că în tumorile voluminoase numărul şedinţelor necesare este câte odată considerabil. Având în vedere aceste circumstanţe ca şi ineficacitatea frecventă a curentului electric în angiomii plani întinşi, unde rezultatele estetice nu sunt din cele mai bune, lăsând cicatrici vizibile, deprimate sau ieşite, pe urmă accidentele posibile în timpul operaţiei, cum sunt: sincopa, hemoragiile,— trebue să recunoaşem că în multe cazuri tratamentul electrolitic al tumorilor vasculare trebue să cedeze radiumterapiei, cu ajutorul căreia putem înlătura inconvenientele arătate mai sus. Wickman şi Degrais aplicau electroliza numai în naevii stelari şi în cei formaţi din reunirea telangiectaziilor şi cari nu formează „nappes uniformes". Restul tumorilor angiomatoase a fost tratat de aceştia prin radium, obţinând rezultate strălucite. Absenţa durerilor permite a trata fără anestezie suprafeţe întinse; la copii aplicaţia se poate face şi în timpul somnului. Reacţia

ulterioară este şi ea nedureroasă, razele radiumului fiind analgeziante. Ţesutul de reparaţie este neted, fără depresiuni, fără bride fibroase şi fără retracţie ţesutului vecin ; el nu diferă de cel sănătos decât prin culoarea lui mai deschisă şi câteodată oarecare telangiectazie periferică.

APLICAŢIA RADIUMTERAPIEI IN DIF. FORME CLINICE ALE ANGIOMULUI.

Angiomii plani.

Mulţi autori au observat că naevii plani întinşi nu se vindecau complect sau lăsau cicatrice foarte vizibile, cu tratamentul electrolitic. Prin apariţia curieterapiei în angiomi plani rezultatele devin mai bune. Doulos şi Zimmern primii au aplicat radiumul cu succes în tratamentul acestor angiomi plani. In 1904 Rehns, pe urmă Hartigan au decolorat vaste pete angiomatoase.

Wickman şi Degrais au creiat o adevărată metodă pentru tratamentul acestei forme de angiomi, cari din acest punct de vedere se subdivid în naevi vasculari plani superficiali şi în naevi plani cari înfiltrează ţesuturile subjacente.

a) Naevi vasculari plani superficiali, cari ocupă diferitele regiuni ale feţei, mucoaselor etc, sunt deseori de întindere foarte mare. Din cauza superficialităţi leziunilor, reacţia provocată prin aplicaţia corpului radioactiv nu trebue să fie violentă ; se cere radiaţiune moale, fractionată, pentru a se evita dermatitele sau escarele, care ar strica rezultatul estetic ; deobiceiu dozele uşoare sunt suficiente, şi numai în cazul că rezistenţa ţesuturilor este mare, ele trebuesc fi mărite. Metoda întrebuinţată poate fi cea filtrantă, cu un înveliş de plumb până la 3/10 de milimetri, sau directă „à nu", cu un simplu înveliş de cauciuc (Degrais) ; oricare ar fi procedeul, se recomandă ca razele utilizate să fie de penetraţiune mică—Beta terapia (Degrais, Presse Méd, No. 13, 1923). Morrov, din San Francisco, practică şi el Beta terapia, cu doze variind după întinderea leziunii, de la 20 minute până la o oră şi jumătate, cu filtru de 0,1 mm.Alum. până la 0,3mm. de „laiton".Wickman şi Degrais

utilizau aparate radifere de diferite activităţi (vezi tabloul alăturat), după cum se prezinta pata angiomatoasă: în naevii de culoare închisă, violet, — aparatul No. 1 (vezi tabloul alăturat) două ore în două şedinţe sau aparatul No. 2 două ore şi jumătate în două şedinţe; la cei de culoare roşie — aparatul No. 1 — o oră şi jumătate în trei şedinţe, sau aparatul No. 2 timp de două ore în patru şedinţe; în naevii superticiali de culoare clară, ei întrebuinţau aparatul No. 1 — o oră în două şedinţe, sau aparatul No. 2 — o oră jumătate în trei şedinţe.

După 40—60 de zile de la începutul tratamentului aspectul regiunei tratate se schimba în mod considerabil. Mazzoni (Dermatologische Wochenschrift, Band 79, 1924) obţine aceleaşi rezultate bune, făcând ca radiaţiunea să lucreze deodată asupra întregei suprafeţe a petei angiomatoase. Domnul Dr. G. Severeanu obţine vindecare prin aplicarea acelor de radiumbr., fiecare ac conţinând câte 8 mmgr. de substanţă activă. Pielea recâştigă în majoritatea cazurilor supleţa şi culoarea ei normală. In urma dozelor mari, regiunea tratată se poate prezenta mai clară decât cea vecină, câte odată cu nişte pigmentaţiuni periferice, dar acest defect este rar, căci nu avem decât foarte rar nevoie de a recurge la doze prea iritante, angiomii plani fiind foarte bine înfluentaţi şi de doze uşoare.

Radiumterapia ar fi contra-indicată în naevii stelari şi telangiectazii mici (Kümer, Wiena).

b) Naevii vasculari plani, cari înfiltrează mai mult sau mai puţin ţesuturile subcutane. Aci acţuinea corpului radioactiv trebue să fie mai energică, decât în varietatea procedentă a angiomului; dozajul este proporţional cu gradul de profunzime a procesului patologic.

In prezent se utilizează metoda filtrantă, cu un înveliş de Aluminium de grosimea de 3/10 până la 5/10 de milimetri şi 10 foi de hârtie subţire, pentru a obţine raze cu forţa penetrantă mijlocie. Degrais recomandă a se reţine numai o parte din razele Beta, anume cele de penetraţie mică, pentru ca restul lor, de penetraţie mai mare, să lucreze asupra tumoarei (Presse Médicale No. 13, 1924). Acest autor împreună cu Wickman au întrebuinţat aparatele următoare: apar. No. 1. (vezi tablou) trei ore în trei şedinţe, sau No. 2 timp de trei ore şi jumătate în patru şedinţe; în caz de rezistenţa a ţesuturilor, sau când înfiltraţia era prea profundă, forţa

aparatelor se mărea. Mazzoni practica în angiomii profund infiltraţi radiumpunctura; Domnul Dr. G. Severeanu aplică ace de radiumbr.

Rezultatul estetic al tratamentului este foarte bun, şi în majoritatea cazurilor se obţin vindecări cu minimum de cicatrice; culoarea ţesutului de reparaţiune este de obiceiu normală, foarte rar mai clară decât părţile vecine.

Angiomii tuberoşi.

Sabouraud susţine că radiumterapia este totdeauna utilă când angiomul a crescut mult. Mazzoni (Dermatologische Wochenschrift 1924), Lassueur (Schveit. Medizinische Wochenschrift, 1923) tratând formele cavernoase de mărime foarte mare, au obţinut cele mai rapide şi bune rezultate. Larat, Dubois recomandă de a se aplica pe aceşti angiomi o placă radiferă, protejată de un înveliş de metal şi hârtie şi a o lăsa pe loc un timp între 24 ore până la 6 zile (după întinderea tumoarei); pe urmă ei fac o pauză, urmată de o nouă aplicaţie şi a. m. d. până la vindecare. In angiomul erectil cutanat se întrebuinţează aparatele cu filtre uşoare, ex. de $^1/_{10}$ mm. de plumb, cu doze, care merg până la producerea unui eritem, fără însă să provocăm o inflamaţie ulcerativă; în tumorile tuberoase şi în acelaş timp infiltrate profund se utilizează o radiaţiune mai profundă cu aparate puternice, armate de un filtru de plumb gros de 2-3 milimetri. Foerster practică Beta terapia în angiomii tuberoşi şi pretinde că a obţinut rezultate bune. Mathey Cornat (Bordeaux) întrebuinţa şi el în tumori cutanate şi cutaneomucoase erectile radiaţiunea moale cu dozele forte şi repetate. El aplica măşti cu aparate plate de 10 mmgr., prin şedinţe de şase ore, întretăiate, distanţa de 5—6 mm., cu filtraţia de 2 mm. de aluminiu. Jolles utilizează radiaţiunea energică multpenetrantă, adică Gama terapia în angiomii tuberoşi cu infiltraţia subcutanată profundă pentru a lucra cu aceste raze asupra părţilor profunde ale tumoarei. Beck în acelaş scop recurge la razele cele mai dure, întrebuinţând aparate cu filtre de plumb de 1—3 mm. grosime. Albé Robert recomandă în angiomii tuberoşi şi infiltraţi profund, tratamentul intratumoral, întrebuinţat şi de alţi autori, ca Morov, Mathey Cornat, cari introduc ace de 1 sau 2 mmgr. de radium, filtraţia fiind de $^5/_{10}$ de platină. Wickman şi Degrais aplicau direct aparate cu o

activitate de 500.000 (vezi tablou) în timp de 10'—15' pe fie care zonă de tratat, cu intervale variind dela 2 până la 5 zile şi cu opriri mai prelungite de 2—3 săptămâni, şi a. m. d. până la vindecare. Durata tratamentului depinde de dimensiunile suprafeţii şi profunzimii procesului patologic. Trebue să fim atenţi ca radiaţiunea să nu provoace reacţii ulcerative, care ar cauza hemoragii importante în aceste tumori erectile. Un procedeu de aplicaţie care ne pune la adăpost de acest accident este aşa numitul „en feu croisé", prin care concentrăm radiaţiunea asupra părţilor profunde ale tumoarei, pe când suprafaţa ei suferă o acţiune mai mică, numai a unei părţi a radiaţiunei totale. Acest procedeu constă în a pune câteva aparate deodată pe locurile diametral opuse ale angiomului ieşit, în aşa fel ca razele penetrante să se încrucişeze în profunzime. Aplicăm, spre exemplu, pe diferite puncte ale suprafeţei tumoarei patru aparate, fiecare câte a minute, atunci părţile profunde vor suferi o acţiune în total de 4 a minute, pe când punctele de aplicaţie ale suprafeţei, o acţiune numai de a minute, adică de 4 ori mai mică, cea ce permite a se evita reacţia violentă ulcerativă din partea pielei (Wickman şi Degrais).

O altă precauţiune pe care o recomandă Laborde, când tumoarea se află la copii mici pe pielea capului, constă în a face radiaţiunea puţin penetrantă din cauza posibilităţii vătămărei creerului.

Rezultatele radiumterapiei obţinute în angiomii tuberoşi sunt foarte satisfăcătoare ; cicatricea este fină, suprafaţa netedă, cu acelaş nivel cu pielea, diformitatea dispare complect.

OBSERVAŢIUNI.

OBSERVAŢIUNEA I.

(Rezumată din lucrarea Wickman şi Degrais).

D-l M. K. prezinta la gât un naev plan superficial de 60 cm²; jumătatea superioară era de culoare violetă, cea inferioară roză. Spre unghiul maxilarului inferior se vedeau câteva puncte ieşite

foarte colorate, iar pe restul suprafeţei naevului o fină reţea vasculară.

Tratamentul. Pe partea superioară unde culoarea era mai închisă s'a aplicat aparatul No. 1 (vezi tablou) timp de 3 ore, repartizate în două zile consecutive. Pe partea inferioară, de culoare roză, acelaş aparat timp de două ore în două zile consecutive; s'a mai aplicat în partea centrală a tumoarei timp de două ore, tot în două zile. Aceste şedinţe au fost urmate de o pauză după care se repetau iarăşi aplicaţiile. Tratamentul a durat şase săptămâni. Două luni după aceia suprafaţa naevului s'a decolorat în mare parte, ţesuturile au devenit netede, foarte puţin mai clare decât cele vecine; pielea şi-a păstrat supleţa ei.

OBSERVAŢIUNEA II. *(Idem)*

O tânără d-ră prezinta un naev de culoare violacee de dimensiuni întinse, acoperind o jumătate a feţei,— obraz, reg. frontală, temporală, pleoape şi buza superioară. Tumoarea nu făcea nici o eşitură pe planul cutanat, însă ţesuturile subjacente erau infiltrate până la mucoasa bucală corespondentă, care şi dânsa a luat culoarea violetă. Jumătatea bolnavă a feţei părea umflată şi la palpaţie dădea senzaţiunea de moliciune caracteristică.

Tratamentul. S'a aplicat aparatul No. 1 pe obraz timp de 3 ore, repartizate în două zile consecutiv. Peste 2—3 săptămâni s'a repetat aplicaţia cu acelaş aparat pe regiunea maseteriană timp de 3 ore şi jumătate, tot în două zile consecutive. Succesiv aceiaşi aplicaţie au suferit-o şi reg. frontală, temporală, pleoapele şi buza superioară. La sfârşitul tratamentului toate aceste regiuni s'au decolorat complect, iar la nivelul obrazului bolnav mucoasa corespondentă şi-a reluat culoarea ei normală. Modificarea din punct de vedere estetic a fost aşa de bună „încât era greu de spus de la distanţa de 5 metri, care parte a feţei purtase angiom".

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAŢIUNEA III. (*Idem*)

Este vorba de un copil de şease luni atins de angiom întins de la gât până la lobul urechii. Tumoarea foarte colorată în roş-violacee, de consistenţă moale, fluctuentă, iar la strigăt şi efort devenea umflată, violet închisă şi pulsatilă. Lobulul urechii atârna dublat în volum.

Tratament. S'au făcut serii de 7-12 aplicaţiuni, de durată de 3/4 de oră din două în două zile, cu aparate diferite, mergând progresiv: No. 4, 7, 8 şi 9 (vezi tabloul). Fie care serie a fost urmată de un repaus de două luni. După prima serie locurile tratate au fost decolorate pe jumătate, iar aspectul bursuflat al regiunei şi bătăile s'au micşorat. După seriile ulterioare pulsaţiile au dispărut complect; tumoarea la gât s'a turtit şi a revenit la acelaş nivel cu pielea, iar lobulul urechii şi-a reluat culoarea şi mărimea perfect normală. Suprafaţa ţesutului de reparaţiune a devenit netedă şi de culoare normală, perzistând numai la periferie o uşoară pigmentaţie.

OBSERVAŢIUNEA IV. (*Conf. Dr. G. Severeanu*):

Copila G. P. de doi ani şi cinci luni prezinta pe faţa dorsală a naşului un angiom cutanat de mărimea unei piese de 50 bani; tumoarea foarte puţin proeminentă era congenitală, având contururi neregulate, prezintând şi insule de piele normală.

Tratamentul urmat. In ziua de 3 Iunie 1923 i-s'au aplicat trei ace cu câte opt mmgr. Radium Br., puse pe o placă de ceară groasă de 5 mm., aplicată pe angiom timp de 48 ore, total 1152 Radiumore. La 15 Iunie se face uşoară reacţie radiumdermică, care durează timp de 10 zile; la 29 Iunie, angiomul devine mult mai palid.

La 20 Iulie el este dispărut complect. Copila fiind revăzută vindecarea se menţine.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAȚIUNEA V. *(Idem)*

Copila Cecilia N. de doi ani se prezintă cu un angiom de mărimea unei alune mari, care se află situat la baza aripei drepte a nasului, la 1/2 distanța a vârfului de rădăcină. Angiomul este boselat, de culoare violacee, ireductibil și bine delimitat.

Antec. heredocolat. Unchiul bolnavei are un angiom al pleoapei drepte.

Antec. personale, fără import. Angiomul este congenital.

Tratamentul. I-se aplică în 15 Noem-ie 1925 două ace de Radium, câte 8 mmgr., timp de 4 zile, — total 1536 Radiumore. După o lună și jumătate de la aplicarea acestui tratament se constată vindecarea complectă. Revăzută, vindecarea se menține.

TABLOUL APARATELOR RADIFERE

	FORMA APARATULUI	Dimensiuni	Suprafața terapeutică în cm.²	Activitatea sărurilor de barium-radium Incorporate (Activit. de Uraninm metalic luată ca unitatea)
1	Ap. „à vèrnis“ plat rot.	6 cm. diam.	28,20	500.000
2	„ „ „ „	6 „ „	28,20	500.000
3	„ „ „ patr.	3 „ latura	9,00	500.000
4	„ „ „ rot.	$2^1/_2$ cm. diam.	4,90	500.000
5	„ „ „ „	1 cm. diam.	0,95	500.000
6	„ „ cilindric	0 cm. 5 1 cm. 5 lungime	0,95	500.000
7	„ „ sferic	5 cm. diam. sferei	1,40	pur
8	„ „ plat patrat	1 cm. latura	1,00	pur
9	„ „ f. de lamă	0,5 cm. latura	0,25	pur
10	„ pânză f. rotundă	2 cm. 5 diam.	4,00	500.000
11	„ „ „ „	3 cm. diam.	7,00	500.000

Scanned with OKEN Scanner

DE WICKMAN ŞI DEGRAIS

Greutatea de sare de radium şi bariu încorporată (în grame)	Radiaţiunea globală utilizabilă (Activ de Uraniu metalic luată ca unitate)	RADIAŢIUNEA PARŢIALĂ p. 100			Radiaţiunea globală utilizabilă pe cm.²
		Razele Alfa	Razele Beta	Razele Gama	
0,20	580.000	10	87	3	20567
0,10	480.000	10	87,5	2	17021
0,09	110.000	20	71	9	12222
0,04	34.000	0	90	10	6938
0,01	13.000	5	85	10	13684
0,02	150.000	50	48	2	13684
0,005	180.000	50	48	1,5—2	128571
0.007	30.000	10	86,5	3,5	30000
0,006	19.000	10	86	4	76000
0,04	450.000	70—80	19-29	1	112500
0,06	400.000	70—80	18,5-28,5	1,5	57142

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUZIUNI.

1. In tratamentul tumorilor angiomatoase electroliza şi radiumterapia sunt cu mult superioare celorlalte mijloace terapeutice întrebuinţate în acest scop.

2. Indicaţiunile aplicării electrolizei sau ale radiumterapiei variază după diferitele forme clinice ale angiomului.

3. Ţinând seamă de mersul, durata şi rezultatul estetic al tratamentului electrolitic, acesta se va întrebuința în angiomi stelari, în angiomi tuberoşi de dimensiuni mici şi mijlocii, situaţi pe suprafețe mucoase şi pe părţile acoperite ale corpului.

4. Radiumterapia dă rezultate excelente în tratamentul angiomilor de orice întindere şi gravitate. Rezultatele obținute din punct de vedere estetic fiind foarte bune, iar aplicarea absolut nedureroasă, această metodă se preferă în diferitele forme clinice ale angiomului la copii, iar la adulţi în: *a)* naevii vasculari plani superficiali sau profund înfiltraţi, de întindere mare, mai ales în acelea cari ocupă suprafeţele neacoperite, ca faţa etc; *b)* în angiomii tuberoşi de dimensiuni voluminoase, la cari radiumterapia dă o vindecare mai perfectă şi mai rapidă decât electroliza.

5. Telangiectaziile superficiale, care rămân câte odată la nivelul locurilor tratate cu radium, se înlătură uşor prin câteva înțepături electrolitice, cu un curent de intensitate slabă.

Văzută şi bună de imprimat

Preşedintele tezei :
(ss) **Prof. Dr. JIANU A.**

Decanul Facultăţii :
(ss) **Prof. Dr. THOMA IONESCU**

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUSIONS.

1. L'électrolyse et la radiumthérapie dans le traitement des tumeurs angiomateuses sont beaucoup plus superieures aux autres moyens thérapeutiques employés dans ce but.

2. Les indications dans l'application de l'électrolyse ou de la radiumthérapie varient avec les différentes formes cliniques de l'angiome.

3. En considerant la marche, la durée et le résultat esthétique du traitement électrolytique on l'employera pour traiter les angiomes stellaires et les angiomes tubereux de petites et moyennes dimensions situés sur la surface muqueuse et sur les parties couvertes du corp.

4. La radiumthérapie offre des résultats admirables dans le traitement des angiomes de toute dimension et gravité. Les r é sultats étant excellents au point de vue esthétique et l'application tout à fait indolore, cette méthode est préférée dans les diverses formes cliniques chez les enfants et chez les adultes dans les: *a)* naevus vasculaires plans superficiels ou profondément infiltrés, de grandes dimensions, surtout dans ceux qui occupent une surface découverte, comme le visage etc.; *b)* dans les angiomes tubereux de grandes dimensions chez lesquels la radiumthérapie offre des guérisons plus parfaites et plus rapides que l'électrolyse.

5. Les thélangiectaisies superficielles, qui restent parfois au niveau des endroits traités avec le radium, disparaissent facilement avec quelques piqûres électrolytiques en faisant passer un courant de faible intensité.

Vue et bonne à imprimer

Le président de la thèse:
(ss) **Prof. Dr. JIANU A.**

Le doyen de la Faculté:
(ss) **Prof. Dr. THOMA JONNESCO**

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

J. Larat, Ray. Durand Fardel, G. Dagron, Dubois. Formulaire des Agents Physiques.

Paul Lazarus — Handbuch der Radiumbiologie und Therapie. Einschliesslich der anderen radioactiven Elemente.

L. Ombrédane Précis clinique et operatoire de chirurgie infantile.

E. Forgue, Précis de patologie éxterne T. I, II.

V. Babeş. Anatomia patologică.

Brocq Traité de Dermatologie pratique.

Wickman et Degrais. Traitement des angiomes par le radium, Revue de Médicine juin, juillet 1908.

Miroudot Pierre, Teza, Paris.

Degrais. Presse Médicale 1923, No. 13.

Beck. Münchiner Medizinische Wochenschrift, 1921, No. 39

Laborde, Progresse Médicale, 1921, No. 46.

Mazzoni, Dermatologische Wochenschrift 1924. Band 79

Minami, Dermatologische Wochenschrift 1924, Band 78

Mathey Cornat, Journal de Radiologie et d'électrologie, 1924

Boucher, Journal de Radiologie et d'électrologie, 1925

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 2424.

ELECTROCOAGULAREA

ÎN

TRATAMENTUL TUMORILOR VEZICALE BENIGNE

PE CĂILE NATURALE

TEZA

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN... FEBRUARIE 1926

DE

SOLOMON LEIBU

Extern al Spitalelor Eforiei

TIPOGRAFIA „ESTETICA“ STRADA ȘELARI No. 10. — BUCUREȘTI

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

Decan: D-nul Profesor Dr. THOMA IONESCU

Profesorii titulari:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	Angelescu C,
Chimia medicală	„ „	Athanasescu N.
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie	„ „	Bălăcescu I.
Anatomia patologică	„ „	Babeș V.
Bacteriologia și patologia experimentală	„ „	Besnea St.
Istologia normală și Istogeneza	„ „	Cantacuzino I.
Medicina experimentală	„ „	Daniel C.
Clinica ginecologică	„ „	Danielopol D.
Clinica II-a medicală	„ „	Gerota D.
Anatomia topografică II	„ „	Gheorghiu N.
Clinica și teoria obstetricală	„ „	Ionescu Th.
Anatomia topografică I / Clinica I-a chirurgicală	„ „	Ionescu D.
Clinica III-a medicală	„ „	Juvara E.
Clinica III-a chirurgicală	„ „	Jianu A.
Clinica boalelor urinare	„ „	Lalu S.
Farmacologia și materia medicală	„ „	Mețianu N.
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	Marinescu Gh.
Clinica boalelor nervoase	„ „	Manicatide M.
Clinica infantilă	„ „	Mezincescu D.
Igiena și poliția sanitară	„ „	Minovici M,
Medicina legală	„ „	Manolescu D.
Oftalmologia și clinica oftalmologică	„ „	Nanu-Muscel
Clinica I medicală	„ „	Nicolau St.
Clinica dermatologică și sifiligrafică	„ „	Obregia Al.
Clinica mentală	„ „	Paulescu N.
Fiziologia umană	„ „	Proca Gh.
Patologia generală	„ „	Rainer Fr.
Anatomia descriptivă și embriologia	„ „	Solacolu T.
Botanica medicală	„ „	Thomescu I. T.
Patologia medicală	„ „	Theohari A.
Clinica terapeutică	„ „	Zotta G.
Zoologia medicală	„ „	

Profesori agregați:

Medicina operatoare	D-l Dr.	Constantinescu C.

PREȘEDINTELE TEZEI

D-nul Prof. Dr. JIANU A.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici aprobare nici dezaprobare.

Scanned with OKEN Scanner

Părinţilor, surorilor şi fratelui meu,

în semn de dragoste și recunoștiință închin
această lucrare.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE.

Chestiunea deși datează nu de multă vreme (1911) totuși a atras atențiunea multor autori din toate părțile lumei medicale și noi cercetări și contribuțiuni au făcut ca ea să fie aproape definitiv clasată în terapeutica tumorilor vezicale, atât maligne, cât și benigne.

Desigur că metoda constitue o armă fericită împotriva acestei maladii atât de grave. S'au întrebuințat până la ea diferite tratamente: cauterizări chimice, galvanocaustica, curetajul tumorii, tratamentul sângerând, însă această nouă metodă constitue prin avantajele ei un progres foarte mare și face ca prin minimul de sacrificiu pentru bolnav și prin comoditatea de executare pentru medic să poată fi întrebuințată și în afară de spital, în cabinetul specialistului, având la îndemână numai un cistoscop și un curent de înaltă frequență.

Metoda aplicată la tumorile maligne fiind tratată amplu într'o teză anterioară, eu voi expune această metodă aplicată la tumorile benigne, cari sunt mai frequente și numai pe căile naturale, așa cum poate fi executată și în lipsa unei săli de operații, în orașele mai mici.

Scanned with OKEN Scanner

Inainte de a intra în subiectul acestei lucrări, fie-mi permis să aduc prinosul meu de admirație și recunoștință D-lor Prof. A. Jianu, Prof. Nanu Muscel, Prof. Bălăcescu și Conf. I. Jianu, cari au contribuit la educația mea medicală în timpul cât am funcționat ca extern în serviciile D-lor.

Recunoștință D-lui Conf. Gh. Marinescu și Dr. Cosma Popescu pentru prețiosul ajutor ce mi-au dat la alcătuirea acestei lucrări.

Scanned with OKEN Scanner

ISTORIC.

Incercări timide și fără rezultate au fost făcute de diverși autori pentru a tratà tumorile intra-vezicale, pe căile naturale, prin ajutorul înaltei frequențe.

Numai medicul american *Edwin Beer*, prin avântul pe care l-a dat diatermiei, aduce o perioadă decisivă în tratamentul acestor tumori. El a avut primul ideea (1910) de a atașà cistoscopului un curent de înaltă frequență și a întrebuința efectele electrocoagulării în tumorile intra-vezicale. Aceasta, călăuzit fiind de constatarea făcută mai înainte de *D'Arsonval:* fenomenul de încălzire a țesuturilor prin trecerea unui curent de înaltă frequență. Aceste fapte au fost în urmă confirmate și de alți autori: Cornu din Marey, Zejnek, Nagelschmidt din Germania, Maragliano din Italia, Ghilarducci, etc.

Beer, servindu-se de un cistoscop pentru cateterism ureteral dublu, introduse în vezică un electrod format de un fir de aramă bine izolat. Cellalt tub serveà pentru spălarea vezicei. Rezultatul fu strălucit și metoda sa a fost acceptată pretutindeni. Ea nu a mai suferit de atunci nici o modificare esențială.

Scanned with OKEN Scanner

Primii cari au întrebuințat această metodă după *Beer* fură autorii americani *Harpster, Sinclair, Thomas, Mac și Carthy*. In urmă ea trecu în Europa și fu larg experimentată pretutindeni.

In Italia, *Ferria* face în 1912 o comunicare relativ la aceasta, la al VI-lea Congres Internațional de Electrologie din Praga.

Bruni a vindecat și el definitiv câteva cazuri de papiloame intra-vezicale.

In Franța, metoda a fost introdusă de *Grandjean* (1911). După el veni *Heitz-Boyer* și *Cottenot*. Acești doi autori însă, în loc de a lucrà prin contactul electrodului cu tumoarea, au lucrat înlrebuințând acțiunea scânteei electrice la distanță asupra tumoarei. In acest mod au întrebuințat pe lângă acțiunea termică și o acțiune mecanică violentă de desorganizare a țesutului tumorii. Pentru a obține asemenea efecte, ei au întrebuințat un curent de tensiune mare și de intensitate medie, iar ca electrod au intrebuințat unul de diametru mai mare, bine izolat.

Profesorul *Legueu*, experimentând comparativ cele 2 procedee, deduce că nu există diferență esențială între ele. Cu toate acestea metoda lui *Beer* triumfă în practica urologilor din mai toate țările. La noi, această metodă practicată curent în Clinica D-lui Prof. *A. Jianu*, dă rezultate excelente în papiloamele vezicale abordabile. In papilomatoza difuză sau greu abordabile, se face electrocoagularea după cistotomie prealabilă.

TECHNICA OPERATORIE.

Instrumentația. Un cistoscop pentru cateterism ureteral dublu de preferat, căci se poate introduce alături de electrod, o sondă obișnuită cu care să se deplaseze

tumoarea pentru a fi prezentată cât mai convenabil electrodului. Pentru papiloamele situate la colul vezical, trebueşte uretro-cistoscopul lui *Mac-Carthy* sau cistoscopul retrograd al lui *Brown-Bürger*.

Un electrod constituit dintr'un fir metalic de cupru f. fin, izolat prin cauciuc. Capătul electrodului se termină printr'o măciucă mică; iar cellalt capăt e ataşat de sursa electrică printr'o sârmă deasemenea izolată. Sursa electrică este un aparat întrebuinţat pentru curenţii de înaltă frequenţă. In clinica D-lui Prof. *A. Jianu*, se întrebuinţează aparatul lui Drapier. Acest aparat are doi electrozi, dintre cari unul constituit dintr'o tablă de plumb, de o suprafaţă mare, este aşezat sub sacrul bolnavului. Cellalt electrod e legat de electrodul activ printr'o sârmă izolată, pe traectul căreia e interpusă o pedală care servă la deschiderea sau întreruperea curentului.

Technică. Inainte de a face electrocoagularea, e necesar să ne dăm seama de poziţia, modul de implantare şi numărul tumorilor existente.

In general nu e nevoe de nici o anestezie. La bolnavii f. sensibili se poate face anestezia locală a uretrei, pentru a aboli sensibilitatea la trecerea cistoscopului.

După aceea se introduce în vezică apă distilată, ca pentru a face o cistoscopie. Uneori, pentru a ajunge la polul superior al vezicei, sau în jurul colului, e nevoe să variem repleţiunea vezicei, să întrebuinţăm poziţia declivă a bolnavului, să facem o presiune pe hypogastru sau să dăm înclinaţiuni convenabile cistoscopului. Se introduce electrodul în cistoscop, ca o sondă ureterală, şi astfel îl introducem în vezică.

Cum atacăm tumoarea? Dacă e mică, înfigem direct electrodul în tumoare, dăm drumul curentului, şi imediat

vedem degajându-se bule gazoase şi tumoarea se albeşte. Inchidem deodată curentul. Dacă tumoarea e mai mare, trebue să lucrăm asupra pediculului; îl tăem şi cauterizăm bontul rămas. Curentul nu trebue lăsat mai mult de 15-20" căci se produce o încălzire intensă a electrodului. Curăţăm fragmentele de tumoare carbonizată ce le are electrodul la vârf, imprimându-i mişcări de vas-et-viens în cistoscop şi îl înfigem din nou în tumoare. Repetăm această operaţiune de 4-5 ori, maximul de durată al unei şedinţe să fie 10—15 minute. Adesea e nevoe să schimbăm lichidul din băşică în timpul şedinţei, din cauză că se turbură cu fragmente de tumoare, sau cu sânge, care ne împiedică să urmărim clar operaţiunea. In principiu nu e nevoe să anesteziem băşica. Trebue să adăugăm că sensibilitatea mucoasei vezicale, este un bun guid pentru operator. Când lucrăm asupra tumorii, bolnavul simte foarte puţin la început curentul, după aceea îl suportă foarte bine. Acuză însă dureri când ajungem în contact cu mucoasa vezicală mai ales dacă operăm în jurul colului. Aceasta atrage atenţia operatorului ca să nu insiste prea mult, pentruca să nu provocăm o leziune a peretelui, eventualitate din fericire destul de rară.

Cu ce intensitate de curent să lucrăm eficace, fără ca să vătămăm peretele vezical?

După Prof. *Legueu*, cam 400 miliamperi. Acelaş autor recomandă mai târziu 500 mmamp., cu condiţiunea ca electrodul să fie înfipt în mijlocul tumoarei, la o distanţă notabilă de peretele vezical. *Maldonald* recomandă să nu se întreacă 250—350 mmamp. intensitate, care e

de obiceiu bine tolerată de bolnav. *Papin*, care întrebuinţează aparatul lui Drapier, aparat întrebuinţat şi în clinica D-lui Prof. A. Jianu, operează cam cu 200 mmamperi.

La ce interval se repetă şedinţele? Dacă tumoarea fiind mai voluminoasă, nu am putut să o distrugem într'o şedinţă, repetăm şedinţa după 15-21 zile. Nu e nevoe să le repetăm mai des, pentru două motive: 1) trebuesc cel puţin 3 săptămâni pentru ca toate părţile mortificate să se elimine; efectele curentului se continuă încă 15—20 zile după terminarea şedinţei şi 2) în timpul acţiunei curentului se produce o reacţiune foarte vie a mucoasei vezicale în jurul electrodului. Se produce la acest nivel un oedem, m. m. s. m. p. accentuat, mamelonat şi care se poate confundà cu o tumoare. Această reacţiune poate durà mai mult de 2 săptămâni şi se poate întâmplà să înfigem acolo electrodul, crezând că e tumoare.

Repetăm deci şedinţele la intervalele mai sus arătate, până ce distrugem tumoarea în întregime. Uneori trebue pusă la încercare răbdarea; nu trebue să ne grăbim cu a 2-a şedinţă până ce nu vedem reacţiunea primei şedinţe complect dispărută, sau eventual producerea de cistite, destul de neplăcute. Numai distanţarea şedinţelor ne scuteşte de aceste neplăceri.

INDICAŢIILE ŞI CONTRA-INDICAŢIILE ELECTROCOAGULĂRII.

Electrocoagularea pe căile naturale constitue astăzi metoda de elecţie în tratamentul tumorilor benigne ale vezicei. Procedeul operatoriu, după cum am văzut, e simplu nu cere nici o anestezie, bolnavii nu au nevoe de a fi

Scanned with OKEN Scanner

internați și operația se poate repetă ușor în caz de recidivă. Ori decâteori este posibil să distrugi endoscopicește și în puține ședințe, prin ajutorul înaltei frequențe un papilom vezical, înseamnă să comiți o eroare, recurgând la cistotomie. Un alt avantagiu al metodei lui Beer, constitue faptul că ea elimină aproape cu desăvârșire diseminarea tumoarei. E deasemenea preferabilă celorlalte metode endoscopice: galvanocaustica, electroliza, cauterizarea chimică, etc., cari au o mai mică putere de distrugere și sunt de o aplicație mai complicată.

Contra-indicații. Factorii contra-indicațiilor pot fi: volumul, numărul, sediul și natura tumorii.

Cât despre **volum,** cei mai mulți autori consideră ca limită maximă dimensiunea unei nuci mari, mai precis putem spune cu Cifuentes că orice polip poate fi tratat cu diatermie, cu condițiunea ca să nu aibe un astfel de volum, încât să împiedice manoperile cistoscopice. După *Legueu*, nu trebue să abuzăm de această metodă în tumorile voluminoase, pentrucă acești polipi voluminoși sunt cancere în miniatură.

Multplicitatea tumorilor, mai frequent decât volumul, constitue o contra-indicație.

Sediul tumoarei constitue o contra-indicație absolută din cauza dificultăților technice ce decurge.

Ceeace trebue însă să evităm, e să multiplicăm ședințele, când se constată că între o ședință și alta tumoarea se reproduce reluând volumul primitiv. *Bruni* consideră aceste rapide reproduceri ale tumorii în timpul tratamentului diatermic, ca un semn de malignitate. In asemenea cazuri desigur trebue, fără întârziere, să facem o intervenție chirurgicală complectă.

Scanned with OKEN Scanner

COMPLICATIUNI POST-OPERATORII. RECIDIVE. REZULTATE TARDIVE.

Complicațiile post-operatorii semnalate de autori sunt destul de rare, dacă se exclude hematuria gravă, care se produce, deşi f. rar, puține zile după intervenție, în momentul în care escara se deslipeşte; toate celelalte ca: cistita, febra transitorie, etc. n'au nici o importanță. Se citează cazuri de colici nefretice, după electrocoagularea unor polipi situați la orificiile ureterale. Uneori acești polipi dau tot cortegiul simptomatic al unor nefrite: (Vezi cazul dela observația No. VIII)

Singura, adevărata complicație post-operatorie a metodei lui *Beer*, este **hematuria**, ce se produce la 8-10 zile după intervenție. In marea majoritate a cazurilor se produc uşoare hemoragii după intervenție, cari nu necesită nici o îngrijire specială. Dar se întâmplă în unele cazuri rare, hematurii unde eşti silit să faci cistotomia.

Beer, timp de 14 ani, în cirça 600 cazuri operate cu Oudin şi D'Arsonval n'a avut altă complicație, afară de hemoragie gravă în 2 cazuri, cari s'au vindecat f. bine mai târziu. Două hemoragii grave fură observate de *Nicolitsch* la 49 cazuri, una la 10 zile după a 2-a şedință, care încetă spontan, alta la puține zile după prima şedință, unde a fost necesară cistotomia. La 45 cazuri, *Le Fur* observă după electrocoagulare o hemoragie abundentă după eliminarea unei escare. Un caz de hematurie abundentă după 8 zile e citat de *Pana*. *Bruni* la 39 cazuri, a avut o singură hematurie, unde a trebuit să aspire chiagurile din vezica distinsă şi să aplice după aceea o sondă à demeure. Acelaş procedeu a fost aplicat şi în cazul D-lui Dr. *Cosma Popescu* (Vezi observația No. 1).

Scanned with OKEN Scanner

Din această expunere rezultă că dacă se ţine seama de marele număr de cazuri operate, hematuriile post-operatorii sunt, cum spune *Beer*, de o extremă raritate. Cauzele de cari depinde această gravă complicaţie, nu se cunosc precis, După *Heitz-Boyer*, ar fi imputabilă electro-coagulărei care, după el, având o acţiune prea brutală, ar da loc la formarea de escare, cari dacă se desprind prea repede, între a 5ª—8ª zi, produc brusca ruptură a vaselor sub-jacente. *Bruni* crede că hemoragia depinde de o acţiune prea intensă asupra peretelui vezical, oricare ar fi repeziciunea operaţiei.

Recidive. Rezultate tardive. Nu sunt rare recidivele după electrocoagulare; dar se produc în locuri diferite de primitivele. Sunt „recidives à côté“ zice Legueu. După *Blum*, ar fi cam în 50% din cazuri. După *Sute*, recidivele sunt mult mai rare ca după operaţia sângerîndă. *Le Fur*. găseşte frequente recidivele după 1-2 ani, dar după o altă electrocoagulare, obţine vindecarea. *Blasucci* găseşte recidive frequente între 5-6 luni după electrocoagulare şi tratând între timp recidivele mici, obţine vindecări complecte şi definitive.

Cât despre rezultatele tardive, putem spune că pentru tumorile benigne sunt într'adevăr bune. Toţi autorii sunt de acord asupra acestui punct. Durata de observaţiune maximă după electrocoagulare este de 9 ani. (Bolnavul I. A. dela observ. No. 1). Rezultatele tardive sunt deci bune, cu toate recidivele destul de numeroase. Iată după *Bruni*, o statistică a rezultatelor obţinute:

AUTOR	Cazuri	APARATUL	Complicațiuni post-op.	RECIDIVE	Rezultate tardive
Beer New-Jork	600	Schaerer	2 hemoragii grave Vindecare	—	F. bun
Legueu Paris	350	Drapier	Niciuna	Recidives à Côté	F. bun
Blum Viena	300	—	2 cistite	In 50% cazuri	Rezultat bun la 50%
Pellecchia Neapoli	70	Loewenstein	Niciuna	Rare, în locuri învecinate	Bun
Nicolitsch Triest	42	„	2 grave hematurii (1 cistotomie)	In 6 cazuri	Bun
Colombino Torino	49	„	Niciuna	La 20% în puncte diferite	F. bun
Bruni Neapoli	32	„	O hemoragie unde s'a făcut aspirația chiagurilor	In puține cazuri	Excelent
Cathelin Paris	30	—	Iritație vezicală pasageră	Distrugerea pe măsura recidivărei	F. bun
Economos Athena	8	Drapier	Câteva cistite	—	In 7 cazuri vindecare complectă

In general deci, recidivele sunt frequente, dar rezultatele tardive sunt bune. Rezultă că e necesar de a controlà cu cistoscopul toți operații la fiecare 3 luni în primul an și la intervale mai mari în ceilalți.

Rămâne încă de atras atenția asupra cicatrizării perfecte care se produce regulat în punctul de implantare a tumorii distruse cu metoda lui *Beer*. Cicatrizarea perfectă și absența de recidivă la punctul primitiv de implantare a tumorii demonstrează eficacitatea metodei. Repulularea frequentă ce survine în urma distrugerei diatermice în zone diferite de cea primitivă sunt datorite inoculărei accidentale a celulelor tumorii în zone favorabile. Intâmplarea face ca în $^1/_2$ din cazuri să se elimine aceste inoculări. Cu vezica deschisă, ne servim de substanțe chimice ca resorcina cu alcool. Prin căile naturale aceste metode nu sunt posibile. *Colombino* a tratat 5 cazuri de papiloame destul de voluminoase și multiple cu aplicațiuni de Radium imediat după electrocoagulare. Și au trecut de atunci perioade variind între 6 luni-un an și n'a apărut încă nici o recidivă. Desigur, această perioadă e prea scurtă pentru a putea da un verdict asupra acestei metode asociate.

OBSERVAȚIUNI

OBSERVAȚIUNEA I.

Bolnavul I. A. 51 ani intră în clinica căilor urinare la 13 Martie 1915, pentru hematurii totale.

Capac-vezic. 300 gr. La ex. cistoscopic se constată: un papilom cât o nucă, cu vilozități mari, situat pe peretele superior și lateral stâng al vezicei, aproape de col. Alte papiloame mici, paraureteral stâng.

Se face aspirația chiagurilor. sondă à demeure, spălături cu antipirină, fără efect asupra hematuriilor. Se face o primă ședință de electrocoagulare. Hematuria diminuă.

După 3 zile, o nouă ședință. Hematuria dispare complect.

Bolnavul concediat din spital, vine la fiecare 8 zile.

I se mai fac 12 ședințe și tumorile sunt complect distruse. Revăzut în 1924, starea de vindecare se menține.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAȚIUNEA II.

D-na Ing. F. 48 ani, vine la 10 Aprilie 1924 cu hematurii abundente. Capac-vezic. 80 gr. La ex. cistoscopic se constată pe peretele lateral drept un papilom sesil, cu franje mari, cari sângerează la cea mai mică atingere. Se fac 8 ședințe de electrocoagulare la 2 săptămâni, până ce tumoarea e complect distrusă. In Decembrie 1925, revăzută la cistoscopie, nu prezintă nici o recidivă.

OBSERVAȚIUNEA III.

Bolnavul C. Br. 54 ani, vine la 15 Febr. 1924, cu hematurii abundente. La ex. cistoscopic se constată: un papilom ca o alună, pediculat, aproape de col; altul înapoia bureletelui ureteral, cam de aceeaș mărime. După 2 ședințe de electrocoagulare la 2 săptămâni, sunt distruse. După $1^1/_2$ ani, nu se constată nici o recidivă.

OBSERVAȚIUNEA IV.

Bolnavul T. Z. 60 ani, vine în Aprilie 1921 cu retenție complectă de urină; în trecut hematurii abundente și repetate. Prostata normală. La ex. cistoscopic se constată: coloane și celule. In partea posterioară a colului, un pa-

pilom cât o alună, cu franje mari, cari sângerează uşor. Inapoia lui, în triunghiul lui *Lieutaud*, alte 3 mici papiloame pediculate. Se fac 6 şedinţe de electrocoagulare. După a 3-a şedinţă, hematuria dispare şi bolnavul urinează spontan. După a 6-a, micţiunea e normală, fără rezidiu. Revăzut după 3 ani, bolnavul nu are nici o recidivă. Moare de o af. cardio-renală.

OBSEVAŢIUNEA V.

Gh. C. 62 ani, intrat în Clinica căilor urinare la 27 Iunie 1924 pentru hemoragii abundente, prezintă la examenul cistoscopic: mucoasa vezicală cu coloane şi celule. Inapoia orificiului ureteral stâng o tumoare de mărimea unei nuci, de aspect papilomatos, cu baza de implantare largă. In bas-fond un coagul mare. Regiunea colului neregulată, cu marginea convexă. Băşica are capacitatea 200 cm^3.

28. VI. Şedinţă de electrocoagulare, se distruge întreaga tumoare. Hematuriile au încetat complect. I se recomandă să revină, când va reapărea hematuria. De atunci n'a mai revenit.

OBSERVAŢIUNEA VI.

Cr. A. 60 ani, este văzut în ziua de 28. VI. 1924. Are capacitatea vezicală bună, 250 cm^3. Vine pentru he-

maturii repetate. Cu 10 ani în urmă, i s'a făcut de către Prof. Herescu cistectomie parțială, pentru un papilom pe peretele antero-lat. al vezicei. La ex. cistoscopic prezintă un papilom cât o alună la dreapta și înapoia orificiului ureteral drept. Se distruge într'o singură ședință.

Revăzut după $1^1/_2$ ani, nu prezintă nici o recidivă.

OBSERVAȚIUNEA VII.

Bolnava St. V. 32 ani, prezintă la 14 Iunie 1924 un papilom paraureteral stâng, cât o boabă de mazăre.

Electrocoagulare într'o singură ședință.

OBSERVAȚIUNEA VIII.

Bolnavul P. Isp. 34 ani, vine la 10 Martie 1919, pentru dureri în reg. renală dreaptă și hematurii totale cu albuminurie pronunțată. Rinichiul dr. mărit de volum și sensibil. Capac-vezic. 250 gr. La ex. cistoscopic se constată orificiul ureteral dr. complect acoperit de un papilom. Orificiul stâng normal. Se fac 2 ședințe de electrocoagulare, după care hematuriile încetează, orificiul ureteral drept vizibil, durerile renale au dispărut.

I se fac după aceea câte 2 ședințe pe an, din cauză că ocupația bolnavului nu-i permiteă să se deplaseze mai des, până în Noembrie 1925. Se constată reapariția

tumoarei pe acelaş loc, însă de dimensiuni mai mici. Se încearcă o nouă şedinţă de electrocoagulare, care însă nu poate fi terminată din cauza considerabilei hematurii, care împiedică vederea. Biopsia tumoarei arată un început de degenerare malignă. Se propune bolnavului o electrocoagulare după cistotomie, care urmează a fi făcută în curând.

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUZIUNI.

1. Papiloamele vezicale sunt justiţiabile de tratamentul endoscopic.

2. Dintre toate metodele, electrocoagularea s'a arătat superioară.

3. Metoda poate fi utilizată fără anestezie sau cu anestezie locală şi cu şedinţe repetate la interval de 15 zile.

4. Rezultatele căpătate sunt bune, atât imediate cât şi tardive, Hemoragia încetează imediat.

5. Recidivele sunt mult mai rare decât cu metodele sângerînde şi se pot în bună măsură evită printr'un control endoscopic riguros.

6. Contra-indicaţiile sunt date de starea vezicei, numărul, volumul, sediul papiloamelor şi de tendinţa la degenerare.

7. Complicaţii post-operatorii ca: hemoragii, perforaţii vezicale, sunt excepţionale.

Văzută şi bună de imprimat

Preşedintele tezei:
(ss) Prof. Dr. JIANU A.

Decanul Facultăţii:
(ss) Prof. Dr. THOMA IONESCU

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUSIONS.

1. Les papillomes vesicaux sont justitiables du traitement endoscopique.

2. L'électrocoagulation s'est montrée supérieure aux autres méthodes.

3. Elle peut-être utilisée sans anesthésie ou avec anesthésie locale, et en séances repetées tous les 15 jours.

4. Les rezultés sont bons, tant immédiats que tardifs. L'hémorragie disparaît immediatement.

5. Les recidives sont beaucoup plus rares qu'avec les méthodes sanglantes et peuvent- être en bonne mesure evitées par un contrôle endoscopique rigoureux.

6. Les contres-indications de la méthode sont données par l'état de la vessie, le nombre, volume, siège des papillomes et la tendance à la dégénération.

7. Complications post-operatoires commes: hémorragies, perforations vésicaux sont exceptionelles.

Vue et bonne à imprimer

Le président de la thèse:
(ss) **Prof. Dr. JIANU A.**

Le doyen de la Faculté:
(ss) **Prof. Dr. THOMA JONNESCO**

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

1. G. Marion et Heitz-Boyer. Traité pratique de cystoscopie.

2. Sitzung der Berliner urologischen Gesellschaft von 27 Mai 1924.

3. Revista ştiinţelor medicale. No. 3 din Martie 1925. Articolul D-lui Dr. Marinescu Gh.

4. Heitz-Boyer. Du traitement mixte de certaines tumeurs vésicales. Journal d'Urologie 1913.

5. E. Beer. Removal of neoplasms of the Urinary-Blader. The journal of the med-Assoc. 25 Mai 1910.

6. Heitz-Boyer et Cottenot, Technique intra-vésicale de la destruction des tumeurs de vessie par la haute frequence. Journal d'Urologie, Décembre 1913.

7. C. Bruni. L'elettrocoagulatione dei tumori di vesica. III ª Congresso della societá italiana di urologia. Ottobre 1924.

8. Al. Bădescu. Electrocoagulaţiunea în tratamentul tumorilor vezicale. Teză. Iunie 1916.

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREȘTI

No. 2425

ANGINA LUI LUDWIG

TEZĂ

PENTRU

DOCTORATUL IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ LA 27 Februar 1926

DE

ELENA DIACONESCU

BUCUREȘTI

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „LUPTA" N. STROILĂ, STRADA GENERAL BUDIȘTEANU, 8

1926

Scanned with OKEN Scanner

Decan D-nul Prof. Dr. Thoma Ionescu

PROFESORI TITULARI:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr	*Angelescu C.*
Clinica medicală	„ „	*Athanasescu N.*
Clinica chirurgicală infantilă şi ortopedie	„ „	*Bălăcescu I.*
Anatomia patologica Bacteriologia şi patologia experimentală	„ „	*Babeş V.*
Istologia normală şi istogeneza	„ „	*Besnea St.*
Medicina experimentală	„ „	*Cantacuzino I.*
Clinica ginecologică	„ „	*Daniel C.*
Clinica II-a medicală	„ „	*Danielopol D.*
Anatomia topografică II	„ „	*Gero ta D.*
Clinica şi teoria obstetricală	„ „	*Gheorghiu N.*
Anatomia topografică I Clinica I chirurgicală	„ „	*Ionescu Th.*
Clinica II-a medicală	„ „	*Ionescu D.*
Clinica III-a chirurgicală	„ „	*Juvara E.*
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	*Jianu A.*
Cliniccologia şi materia medicală	„ „	*Lalu S.*
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	*Meţianu N.*
Clinica boalelor nervoase	„ „	*Marinescu Gh.*
Clinica infantilă	„ „	*Manicatide M.*
Igiena şi poliţia sanitară	„ „	*Mezincescu D.*
Medicina legală	„ „	*Minovici M.*
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	„ „	*Manolescu D.*
Clinica I-a medicală	„ „	*Nanu-Muscel I.*
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „	*Nicolau St.*
Clinica mentală	„ „	*Obregia Al.*
Fiziologia umană	„ „	*Paulescu N.*
Fiziologia generală	„ „	*Proca G.*
Anatomia şi embriologia	„ „	*Rainer Fr.*
Clinica terapeutică	„ „	*Thomescu I. Th.*
Zoologia medicală	„ „	*Theohari A.*
Patologia medicală	„ „	*Zotta G.*

PROFESORI AGREGAŢI:

Medicina operatorie . . . . . D-l Dr. *Constantinescu C.*

JURIUL DE PROMOŢIUNE:

Preşedinte **D-l Prof. Dr. LALU S.**

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprimă nici aprobare, nici dezaprobare.

Scanned with OKEN Scanner

Dedicată
Părinţilor mei.

Cumnatului, fraţilor şi
scumpei mele Mariana.

Scanned with OKEN Scanner

D-lui Profesor Dr. Lalu

Respectoase mulţumiri pentru buna voinţă cu care a primit preşidenţia tezei mele.

Scanned with OKEN Scanner

Maeştrilor mei ;

Colonel Dr. N. Constantinescu,
Dr. N. Gerson şi Maior Dr. C.
Dumitrescu.

admiraţie şi recunoştinţă pentru bunele
îndrumări şi dragostea de muncă ce
mi-au inspirat în noua mea
specialitate.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Printre numeroasele infecțiuni grave de origină dentară e și Angina lui Ludwig, sau flegmonul gangrenos și difuz al podelei gurii, care are de cele mai dese ori ca origină infecțioasă o periostită alveolară inferioară, supra acută sau o ulcerație cauzată prin erupția molarului de minte.

Se desvoltă la nivelul podelei gurii în spațiu limitat: înainte, de fața posterioară a maxilarului inferior; în jos de mușchii milo-hioidieni, în sus de mucoasa bucală; iar înapoi de baza limbei.

E o maladie importantă de cunoscut din cauza gravității și a evoluției sale rapide necesitând un tratament precoce și energic.

Origina buco-dentară a acestei grave afecțiuni ne arată importanța mare ce o are stomatologul cerându-se a fi un bun clinician pentru a pune un diagnostic sigur și un bun operator, două condiții de care depinde în mare parte pronosticul acestei grave maladii.

Iată dar o afecțiune care intră în cadrul Stomatologiei și care cere din partea medicului specialist o bună pregătire medicală.

ISTORIC

Angina lui Ludwig, sau flegmonul gangrenos al podelei gurii, a fost deschisă de Ludwig din Stuttgart în 1836 ca o maladie specifică, o adevărată entitate morbidă, caracterizată printr'o tumefacție a istmului gâtului având tendința la gangrenă și caracterizată prin duritatea sa comparată de Ludwig cu piatra.

Inaintea lui Ludwig în anul 1830 a fost descrisă de *Gensoul* însă descrierea acestui chirurg francez a trecut neobservată, iar după 6 ani publicația lui Ludwig avu un mare răsunet căci un caz care atrase atenția lui Ludwig a fost regina Catherina de Wurtemberg care a murit din cauza acestei grave afecțiuni.

După Ludwig au mai descris cazuri și alți autori ca: Theuer, Bosch, Hering, Leube, Schmetzer, Camerer în 1837 a numit-o „angina Lodovici".

Au fost discuții în privința sediului și a naturei acestei afecțiuni.

Blasberg susținea că ar fi de origină limfatică iar cauza o afecțiune alveolo-dentară.

După *Cnopf* ar fi de origină amigdaliană.

Roser ca și Ludwig susține că ar fi o maladie specifică, după el însă ar fi o inflamație primitivă a glandei submaxilare și a țesutului celular care o înconjoară.

Gillette și Tillaux susțin că e un adeno-flegmon.

Boehler în 1885 susținea că nu este o entitate morbidă specifică, ci un simplu flegmon secundar al cărui focar de origină îl găsim chiar în acea regiune.

Tissier în 1886 ca și Roser și Ludwig, crede că e o entitate morbidă specifică.

Chabrol în 1887 și Daniel Mollière în 1888 acceptă ideea de specificitate.

Scanned with OKEN Scanner

In 1892 la societatea de chirurgie din Paris au fost discuţiuni asupra unui caz observat de Linon şi raportat de Nélaton. Era vorba de un soldat de 24 ani, care în urma unui flegmon al planşeului bucal prezentase fuzeuri purulente până în mediastin şi care nu s'a vindecat decât în urma unei largi rezecţiuni a sternului. Bazat pe acest caz Nélaton înlătură termenul de Angina Ludwig (concepţia unei maladii unde factorul crizipelatos e asociat cu cel nervos şi susţine că în regiunea cervicală se observă ca şi la membre:

1. Septicemia acută;
2. Flegmonul difuz gangrenos;
3. Flegmonul circumscris.

In şedinţa următoare a societăţii de chirurgie *Delorme* susţine că ar fi o entitate clinică caracterizată: printr'o stare generală gravă cu ridicare bruscă a temperaturei, tumefacţie lemnoasă, jenă în degluhţie salivaţie abundentă, burelet dur în formă de potcoavă în şanţul maxilo-lingual şi colecţiune purulentă, situată deasupra milo-hioidianului.

Lucrări mai recente sunt articolele lui *Guibaud, Price, Gauthier, Vignardou, Hallopeau, Heureux, Asteriadès.*

Scanned with OKEN Scanner

ETIOLOGIE ŞI PATOGENIE

Angina lui Ludwig e mai frecventă între 20—30 ani; poate surveni şi la copii sau la bătrâni, sunt mai mult expuşi acei cu dentiţia defectuoasă, debilitaţi, albuminurici, diabetici, hepatici.

Poarta de intrare a infecţiunei e o leziune bucală: *a)* leziuni dentare: o artrită alveolo-dentară, sau o ulceraţie cauzată prin erupţia molarului de minte; *b)* ulceraţiuni herpetice sau aftoase sau ulceraţiuni traumatice; *c)* angine; *d)* infecţia canalului lui Warton, sau o cauză banală o sgârietură a gingiei.

Infecţia buco-dentară merge la planşeul bucal prin continuitatea leziunilor propagate la articulaţia alveolo-dentară şi la ţesutul osos şi pe cale limfatică.

Cavitatea bucală e foarte bogată în microorganisme contra cărora e apărată de un puternic aparat protector, aparatul limfoid buco-faringian dublat de aparatul ganglionar cervico-facial.

Nu totdeauna acest aparat limfoid are un rol protector, ci adesea ori e fragil permiţând microbilor să dea naştere la infecţiuni bucale, peribucale şi chiar infecţiuni generale ca: stomatite, angine, adenite, adeno-flegmoane, angina lui Ludwig, osteomielita maxilarelor, etc.

Aşa ganglionii supra hioidieni se împart în: laterali sau sub-maxilari şi mediani sau submentali.

Ganglionii sub-maxilari dispuşi dealungul feţii interne şi marginei inferioare a maxilarului inferior primesc ca aferente limfaticele nasului, obrazului, buzei superioare, jumătatea externă a buzei inferioare, a regiunei gingivo-dentare superioare şi inferioare (afară de regiunea incisivă inferioară ale treimei anterioare ale limbei (afară de vârf) şi marginelor sale laterale.

Scanned with OKEN Scanner

Ganglionii submentali, situați de sub mușchiul milo-hioidian în regiunea suprahioidiană mediană, primesc vasele aferente ale tegumentelor bărbiei, părței mediane a buzei inferioare, a regiunei gingivo-dentare corespunzând incisivilor centrali inferiori, a părței mediane a podelei bucale și a vârfului limbei.

Deasemenea în pulpa dentară *Schweitzer* în 1907 a constatat existența limfaticelor, care ies pe la vârful rădăcinilor și se varsă în ganglionii vecini, așa se explică adenitele de origină dentară.

Astfel ulcerațiile în contact cu mediu bucal septic sunt punctul de plecare al infecției care se propagă pe cale limfatică la țesutul celular al planșeului bucal, dând această celulită hiperseptică.. Sau infecția pulpei se propagă dela dintele cariat la apex și atinge ligamentul alveolo-dentar, dând monoartrita apicală. Această infecție se poate extinde progresiv și spontan sau poate fi provocată de dentist împingând către articulație lichidul septic acumulat în camera pulpară cu un tire-nerf sau cu o sondă; apoi infecția se propagă la rebordul alveolar, la os, apoi sub periost constituind osteo-periostita maxilarului. Uneori puseul de osteoperiostită e determinat de specialist, care obturează un dinte cu un focar de monoartrită, rezultatul e transformarea acestui focar, care se drena prin dinte într'o cavitate închisă în care agenții microbieni își exaltează virulența și difuzează în țesutul spongios al peretelui osos alveolar. De aceea stomatologul trebuie să stabilească un diagnostic sigur, știind relele consecințe ale unui diagnostic greșit. Osteomielita poate să rămână limitată la rebordul alveolar, în acest caz colecția traversează peretele alveolar ridică periostul și proemină către vestibul sau bolta palatină constituind abcesele submucoase, sau osteomielita se întinde la corpul maxilarului și se poate propaga la maxilarul superior în sinus dând sinuzita maxilarului de origină dentară sau la maxilarul inferior infecția difuzează în corpul osului. Această osteomielită se poate complica cu angina lui Ludwig, infecția propagându-se mai departe la țesutul celular al podelii gurei.

Ori care ar fi cauza anginei lui Ludvig, fie o cauză banală, o sgârietură, o carie sau o evoluție vicioasă a molarului de minte, intervine anatomia regiunei infectate limitată în sus de mucoasa bucală unde vegetează o floră microbiană bogată, iar înainte și în jos de două bariere puternice, înainte de fața posterioară

Scanned with OKEN Scanner

a maxilarului inferior; iar în jos de bariera mușchiului milo-hioidian dublat de aponevroza sa așa că tumefacția va proemina de partea unde va găsi o rezistență mai mică adică către baza limbei unde e țesut celular vase și nervi producând dureri atroce, turburări respiratorii, asfixia; sau inflamația septică se propagă la trahee, bronșii, pulmoni. Invazia va fi cu atât mai gravă și mai fulgerătoare cu cât starea generală va fi mai rea, fiind astfel o slabă defensă organică.

Scanned with OKEN Scanner

ANATOMIE PATOLOGICA ŞI BACTERIOLOGIE

Angina lui Ludwig sau flegmonul difuz supra hioidian se desvoltă în ţesutul celulo-grăsos care umple loja sublinguală.

Dacă ridicăm vârful limbei în sus către bolta palatină ne apare o suprafaţă de formă triunghiulară care se întinde dela gingii la baza limbei, vârful triunghiului îndreptat înainte e situat înapoia incisivilor, baza răspunde părţii posterioare a feţii inferioare a limbei, iar latura dreaptă şi stângă e delimitată de arcadele dentare. Aceasta e regiunea sublinguală. Dacă ridicăm mucoasa bucală care acoperă această regiune, extirpăm glanda sublinguală şi organele vasculo-nervoase ce o însoţesc găsim o cavitate care separă baza limbei de faţa internă a maxilarului, e loja sublinguală limitată de patru pereţi:

a) Un perete antero-extern format de faţa internă a ramurei orizontale a maxilarului.

b) Un perete postero-intern care răspunde înainte muşchiului genio-glos, înapoi muşchiului hio-glos, iar în jos muşchiului genio-hioidian.

c) Un perete superior format de mucoasa bucală.

d) Un perete inferior format de muşchii milo-hioidieni. Conţinutul lojei sublinguale.

a) Glanda sublinguală: formată dintr'o aglomeraţie de 12 glande mici unite între ele printr'un ţesut celular, se deschid pe planşeul gurei printr'un număr de canale excretorii dintre cari cel mai voluminos e canalul lui Rivinus care se deschide puţin înapoia canalului lui Wharton.

b) Prelungirea anterioară a glandei sub-maxilare.

c) Canalul lui Wharton, canalul excretor al glandei submaxilare, care trece în loja sublinguală şi însoţeşte glanda sublinguală pe faţa internă.

Scanned with OKEN Scanner

d) Vase și nervi: artera și vena sublinguală situate pe fața internă a glandei, și nervul lingual.

e) Țesut celulo-grăsos. Toate organele descrise sunt înconjurate de o pătură de țesut celulo-adipos, aci se desvoltă angina lui Ludwig. Regiunea sublinguală e accesibilă chirurgului pe 2 căi; calea bucală și calea supra hioidiană.

Din punct de vedere bacteriologic după unii autori angina lui Ludwig ar fi rezultatul unei infecții specifice al cărui agent patogen nu a fost izolat (Rosen, Boehler, Tissier).

După Verneuil ar acționa un *spiril.*

Chantemesse, Widal, Leterrier, Lyons, Cocar, Blum au găsit streptococul.

Leterrier a găsit odată *stafilococul.*

Roser, Kapper au găsit fiecare câte odată *actinomices.*

In cazurile publicate de Asteriadès în Journal de Chirurgie la examenul bacteriologic s'au găsit numeroși perfringens, anacrobi în masă și Bellouensis-Saguepée.

Halopeau în cazul publicat în Société nationale de chirurgie din 1924 a găsit în seriozitate perfringens, anaerobi în masă, sporogenes și un diplococ.

Pe lângă examenul de laborator tabloul clinic al anginei lui Ludwig se amână cu gangrena gazoasă clasică așa încât se întreabă dacă această afecțiune nu e o gangrenă gazoasă submaxilară cu o formă clinică specială datorită anatomiei topografice a regiunii bolnave.

După Leterrier, Delorme, Reynier, Tissier, Demoulin, Delbet în angina lui Ludwig e o predominență a procesului gangrenos asupra elementului inflamator.

Peyre in Presse médicale din 1920 susține că angina lui Ludwig e o gangrenă gazoasă și nu un flegmon gangrenos.

Scanned with OKEN Scanner

SIMPTOMATOLOGIE

Evoluția acestei afecțiuni cuprinde 2 perioade: I perioada acută sau de indurație și II perioada de mortificație.

I-a *perioada de indurație.*

Frecvent această afecțiune se observă la un pacient care prezenta de mai mult timp o carie dentară, sau un molar de minte în evoluție, sau în urma unei plăgi, unei leziuni a limbei sau gingiilor, în urma unei extracțiuni dentare practicată fără precauții antiseptice, în urma unei angine, unei amigdalite ușoare, alte ori fără nici o cauză apreciabilă, pacientul e cuprins de febră, frisoane repetate, cefalalgie, curbatură, inapetență, apoi apare în regiunea suprahioidiană fie de o parte sau de ambele părți o tumefacție. Starea generală e rea dela început bolnavul are insomnie, agitație, facies palid teros, puls rapid 110—120, temperatura 39—40^0, delir, urinele rare si închise, jenă în deglutiție, trismus, respirația jenată. Tumefacția invadează rapid tot planșeul, regiunea sub-maxilară și suprahioidiană. Examenul regiunei: constatăm o tumoră în regiunea suprahioidiană și submaxilară, mai des unilaterală, la palpație de o duritate lemnoasă, pielea la nivelul ei își păstrează culoarea normală, alteori puțin roză tumora e imobilă pe planul profund pare că face corp cu osul.

Examenul cavității bucale: Bolnavul deschide gura cu multă greutate și prea puțin, are trismus foarte accentuat. Planșeul bucal e proeminent și formează un burelet roșu violaceu dealungul feții interne a maxilarului inferior, simptom căruia Delorme îi acordă o mare valoare patognomonică. Limba e împinsă către bolta palatină; iar printre buzele între deschise se scurge o salivă fetidă. Către a 3-a—4-a zi în general tabloul clinic e extrem de grav, deglutiția e imposibilă, vorbirea je-

Scanned with OKEN Scanner

nată, respirația dificilă, temperatura e foarte ridicată, pulsul mic, bolnavul delirează.

II.— *Perioada de mortificație:* pielea se acoperă de flictene pline cu o serozitate roșcată, apoi apare la nivelul acestor flictene pete negre care vor deveni ulterior centru escarelor. De asemenea pe mucoasă se văd plăci cenușii sau negre indiciul mortificațiilor parțiale. Prin soluțiile de continuitate din jurul acestor escare se scurge un lichid murdar și fetid. Starea generală se agravează, semnele de infecție și adinamie se pronunță, fenomenele de asfixie se accentuiază și bolnavul sucombă sau de dispnee de origină laringee sau cu fenomene de bronco-pneumonie difuză, fie prin intoxicație sau prin pioemie In lipsă de intervenție maladia evoluiază în general către o terminațiune fatală. După complicații distingem: I o formă asfixică prin edem al glotei sau bronco-pneumonie II forma septicemică cu moartea în colaps și adinamie III forma pioemică cu fuzeuri purulente.

Scanned with OKEN Scanner

DIAGNOSTIC ŞI PRONOSTIC

Diagnosticul anginei lui Ludwig uşor în perioada de stare e greu în perioada de debut. Diagnosticul diferenţial se poate face cu:

Adeno-flegmonul: debutează cu dureri în regiunea submaxilară, iar la palpaţie constatăm mici mase ovoide care alunecă sub degete şi care mai târziu se fuzionează într'o masă păstoasă. Bolnavul are dureri vii, masticaţie penibilă, febră, gura păstoasă, limba saburală. In locul depresiunii submaxilare e o tumoră, pielea la nivelul ei e roşie, la palpaţie se produce godeul caracteristic edemului şi îi determinăm bolnavului o vie durere palpând tumora. Dacă examinăm cavitatea bucală nu găsim simptomele anginei lui Ludwig adică planşeul bucal proeminent şi acel burelet roşu violaceu dealungul feţii interne a maxilarului inferior. Pielea regiunei în angina lui Ludwig îşi conservă culoarea normală.

Debutul în angina lui Ludwig e brusc cu stare generală rea, în adenoflegmon debutul rar e brusc.

Cu amigdalita infecţioasă: poate avea acelaşi debut însă planşeul e sănătos iar în regiunea sub-maxilară sunt câţiva ganglioni dureroşi şi tumefiaţi.

Osteomielita acută a maxilarului inferior: e precedată de prodrome, simptome de artrită alveolo-dentară. Bolnavul are dureri violente, febră, trismus, maxilarul se tumefiază. Tumefacţia are sediu facial, la nivelul ei tegumentele sunt roşii, edemaţiate şi e situată deasupra regiunii sub-maxilare. Dacă introducem degetul în gură constatăm în şanţul gingivo-jugal un burelet dur, proeminent şi dureros, e periostul tumefiat. In

Scanned with OKEN Scanner

adeno-flegmon durerea survine după ce a apărut tumora, apoi sediu ei e cervical și nu facial ca în osteomielită, iar dacă explorăm cu degetul șanțul gingivo-jugal îl găsim liber și indolor.

Pronosticul acestei afecțiuni e grav, numai intervenția precoce schimbă complect pronosticul, deasemenea starea anterioară a bolnavului are o importanță mare, afecțiunea fiind mai gravă la albuminurici, diabetici, alcoolici și debilitați.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENT

Ținând seamă de cauzele acestei grave afecțiuni recomandăm o perfectă higienă bucală, tratamentul cariilor și supraveghierea evoluției molarului de minte. Indată ce am diagnosticat angina lui Ludwig trebuie intervenit chirurgical imediat. Flegmonul difuz al planșeului bucal se manifestă printr'o boltire care ridică limba; iar sub bărbie printr'o induratie în masă a regiunii supra-hioidiene, stare generală rea, febră, puls mic și frecvent, agitație, insomnie. Când dubla exploratie adică un deget introdus în gură sub limbă iar celălalt sub barbă ne revelează cele 2 simptome locale intervenim imediat chirurgical.

Regiunea sublinguală e accesibilă pe 2 căi: calea bucală și calea suprahioidiană.

Inconvenientele căii bucale: a) deschidem către mucoasa bucală o nouă poartă de intrare germenilor patogeni b) se drenează rău, scurgerea lichidelor se face dificil din cauza direcției și în focarul gangrenos se produce retenție c) avantajul căii bucale e tendința colecțiunii de a proemina de partea unde rezistența e mai mică adică către cavitatea bucală, însă și această cale poate avea urmări destul de rele căci focarul deschizându-se în gură lichidele septice pătrund în căile respiratorii și digestive ale bolnavului și îi poate da o bronco-pneumonie de deglutiție, o complicație foarte frecventă și gravă.

d) Un alt inconvenient e trismusul foarte accentuat, de aceea e preferabilă calea suprahioidiană.

Pentru anestezie întrebuințăm anestezia locală cu novocaină adrenalină, căci anestezia generală produce accidente mortale din cauza turburărilor respiratorii ce le prezintă bolnavii, la care adăogându-se și acțiunea anesteziculuí asupra centrului bulbar poate da bolnavului sincopă.

Scanned with OKEN Scanner

Profesorul Reclus întrebuințează următoarea soluție:

Ser fiziologic 100 cmc^3.

Novocainâ 0,50 ctgr.

Sol. adrenalină $^1/_{00}$ XXV gute.

Sau operația se face fără anestezie.

Incizia se poate face cu bisturiul sau termocauterul.

E preferabil termocauterul căci are un dublu avantaj.

a) Acționează ca un agent antiseptic sterilizând țesutul rile vecine.

b) Evită hemoragiile.

Cu termocauterul facem o incizie mediană pe distanța dintre barbă și osul hioid, și două incizii laterale pătrunzând profund până deasupra milo-hioidianului în focarul gangrenos, debridăm larg loja mediană și lojile laterale. Adesea gazele fetide din focar se inflamează în contact cu termocauterul înroșit. Intre aceste incizii longitudinale puncționăm cu termocauterul evitând traiectul vaselor mari.

Aceasta e incizia în coroană de marchiz, sau putem face incizia în potcoavă când tumefacția e bilaterală.

In privința tratamentului anginei lui Ludwig ceeace e de mare ajutor e asociația tratamentului chirurgical cu seroterapia antigangrenoasă. Vecinătatea cavității bucale de unde provin germenii patogeni ai acestei grave afecțiuni, invadarea rapidă a țesuturilor și fenomenele intense de intoxicație generală explică mortalitatea mare observată în aceste cazuri de angină Ludwig.

Cum evoluția acestei afecțiuni e foarte rapidă, L. Bazy la ultimul congres internațional dela Londra recomandă întrebuințarea serului antigangrenos ca medicament de urgență. Cum e dificil de a ști exact agenții microbieni, un examen extemporaneu neputându-se face întrebuințăm un amestec de mai multe seruri 4—5, în care se va găsi și cel specific.

La spitalul militar Regina Elisabeta se întrebuințează serul antigangrenos preparat la laboratorul Prof. Dr. Cantacuzino.

Serul se prepară imunizând caii cu toxina următorilor germeni patogeni: B. perfringes. B. aerogenes capsulatus B. phlegmonis emphysematosae (Fraenckel). Vibrionul septic (Pasteur) B. oedematiens (Weinberg și Séguin). B. histolyticus (Weinberg-Séguin) cari singuri sau asociați determină fenomenele locale gangrenoase și cele toxice generale. Caii sunt imu-

Scanned with OKEN Scanner

nizați fiecare cu câte o specie microbiană, apoi serurile monovalente astfel obținute sunt amestecate în proporția următoare: ser antiperfringens 4 părți; ser antivibrion septic 3 părți; ser antioedematiens 2 părți; ser antihistolitic 1 parte. Se întrebuințează în doze masive 50—60—70 cmc. sub cutanat sau intravenos 30—50 cmc. Intrebuințat deasemenea și ca pansament e un bactericid puternic. E foarte activ atunci când nu mai e un alt antiseptic care să-l neutralizeze de aceea se îmbibă meșe numai cu ser antigangrenos și se introduce în plagă.

Vom îngriji și starea generală a bolnavului și vom supraveghia buna funcțiune a cordului și rinichilor.

Părerea lui Hallopeau în privința tratamentului e următoarea: fără ser operația nu e suficientă, fără operație e sigur un eșec cu toată seroterapia, așa încât trebuie asociat tratamentul chirurgical cu seroterapia. Deci seroterapia antigangrenoasă nu dispensează de intervenția chirurgicală ci numai o complectează.

Scanned with OKEN Scanner

Observaţia I.

Bolnavul S. I. intră în spitalul militar pentru abces dentar cu limfadenie submaxilară în ziua de 20 Octombrie 1925.

Antecedente heredo-colaterale: Fără importanţă.

Antecedente personale: Neagă vre-o maladie infecto-contagioasă.

Istoric: Acum 6 zile bolnavul a avut dureri mari la nivelul celui de al 2-lea molar inferior stâng care e cariat. După 3 zile a observat că regiunea maxilară stângă se tumefiază, tumefacţie care s'a întins şi în regiunea cervicală cuprinzând de jur împrejur mandibula. Bolnavul avea febră 39^0, frisoane, agitaţie, insomnie. A consultat un medic care i-a recomandat prişniţe. Cu aceste simptome bolnavul intră în spitalul militar „Regina Elisabeta".

Starea prezentă. Bolnavul febril prezintă în regiunea submaxilară stângă şi submentală o tumefacţie dură, imobilă pe planurile profunde şi foarte dureroasă la palpaţie, culoarea pielii normală la acel nivel.

Examenul cavităţii bucale: e dificil din cauza trismusului foarte accentuat, limba e împinsă către bolta palatină, iar pe faţa internă a maxilarului inferior e bureletul caracteristic. Starea generală e rea, febră 38^9, pulsul 130, are insomnie, agitaţie. Chiar în prima zi de spital e operat, se face incizia cu termocauterul. Serul antigangrenos lipsea serviciului, i se face electrargol intravenos 5 cm.^{3}. A 2-a zi 21 Octombrie 1925 e din nou pansat, şi i se injectează electrargol 10 cm.^{3}.

In ziua de 23 Octombrie i se injectează subcutanat ser antigangrenos 100 cm.^{3} şi se pune un pansament local cu ser antigangrenos. 24 Oct. Repetată injecţia cu ser şi pansamentul.

25. Oct. La fel. 26 Oct. Spălături şi pansament cu Dakin, se injectează subcutanat 40 cm.^{3} ser antigangrenos. 27 Oct. Repetat. In ziua de 25 Noembrie iese din spital complect vindecat.

Scanned with OKEN Scanner

Observaţia II.

Soldatul D. D. în vârstă de 22 ani intră în spitalul militar în ziua de 23 Decembrie 1913 pentru o tumefacţie în regiunea anterioară a maxilarului inferior, greutate în respiraţie şi stare generală rea.

Antecedente heredo-colaterale: Fără importanţă.

Antecedente personale: a suferit de gripă acum 3 ani.

Istoric: Boala a debutat acum 3 zile (20 Decembrie) cu dureri localizate la unghiul maxilarului şi ganglionul sub-maxilar stâng. Bolnavul are carii dentare şi a suferit adesea de dureri de dinţi. In ziua de 21 Decembrie întreaga regiune submaxilară se tumefiază, are dureri locale atroce, dispnee, sufocaţie, febră, puls frecvent, tabloul unei toxiinfecţiuni.

Starea prezentă. Bolnavul prezintă o tumefacţie în regiunea submaxilară stângă care se întinde şi în regiunea submentală. La palpaţie tumefacţia e dură, fără fluctuaţie, imobilă pe planurile profunde şi foarte dureroasă. Pielea la nivelul ei e aproape normală, trismusul e atât de accentuat în cât e dificil să vedem bureletul format de mucoasa sublinguală infiltrată. Starea generală e rea, pulsul 140 pe minut, temperatura 39⁷, dispnee, sufocaţie.

Examenul cavităţii bucale dificil din cauza trismusului accentuat, arată că molarul de minte stâng inferior e în evoluţie, acoperit cu un capuşon gingival tumefiat de culoare roşie-albărie. Se pune diagnosticul de Angina lui Ludwig şi stare septicemică, consecutivă evoluţiei molarului de minte inferior stâng. Se operează bolnavul chiar în prima zi de spital incizia se face cu termocauterul, i se fac spălături cu apă oxigenată şi se recomandă gargarisme şi prişniţe. A 2-a zi 24 Decembrie bolnavul nu a simţit nici o ameliorare. Ca tratament i se mai face electrargol intravenos 5 cm.³ la prânz şi seara; digalen intravenos; oleu camforat. In ziua de 25 Dec. bolnavul era în aceeaşi stare. In ziua de 26 Dec. pulsul se ridică la 160 pe minut, temperatura 40⁰¹. I se face injecţii cu ser antigangrenos, electrargol şi oleu camforat. In ziua de 28 Dec. bolnavul a sucombat cu fenomene de asfixie şi stare septicemică.

Scanned with OKEN Scanner

Observaţia III.

Soldatul A. I. intră în serviciul chirurgical II din Spitalul militar „Regina Elisabeta“ pentru edem în regiunea submaxilară dreaptă cu un abces fistulizat.

Antecedente heredo-colaterale: Fără importanţă.

Antecedente personale: In ultimul timp a avut dureri mari dentare în partea dreaptă cu edematierea regiunei corespondente. A urmat la serviciul stomatologic unde i s'au extras doi molari.

Istoric: După extracţia molarilor edemul a diminuat câtva timp apoi s'a manifestat din nou ducând la fistulizare în partea inferioară şi internă a maxilarului inferior drept.

Starea prezentă: Bolnavul prezintă o tumefacţie dură, dureroasă la palpaţie, în regiunea submaxilară dreaptă cu o fistulă în partea internă din care se răspândeşte un miros fetid, iar orificiul fistulei e împâstat de puroi. Gura e întredeschisă, saliva se scurge pe la nivelul comisurilor, examenul cavităţei bucale dificil din cauza trismusului foarte accentuat.

Starea generală e rea temperatura 39^8, pulsul 100. In ziua de 19 Mai 1925 se face incizia cu termocanterul se pune un pansament local cu ser antigangrenos şi se injectează subcutanat 50 cm.^{3} ser antigangrenos. Se repetă tratamentul cu ser de 4 ori şi în ziua de 19 Iunie iese din spital complect vindecat.

Observaţia IV.

Soldatul M. V. intră în spital la 26 Octombrie 1923 pentru o tumefacţie în regiunea submaxilară dreaptă şi stare generală rea.

Antecedente heredo-colaterale: Fără importanţă.

Antecedente personale: Neagă orice maladie infecto-contagioasă.

Istoric: Maladia a debutat în ziua de 21 Octombrie cu dureri mari la un molar inferior drept. In ziua de 23 Oct. regiunea submaxilară dreaptă s'a tumefiat, bolnavul avea febră, era agitat, avea insomnie, inapetenţă.

Starea prezentă: Bolnavul prezintă o tumefacţie foarte pronunţată în regiunea submaxilară dreaptă şi submentală la palpaţie de o duritate lemnoasă şi foarte dureroasă. Deglutiţia e

Scanned with OKEN Scanner

imposibilă, respirația dificilă. Introducând un deget în gură constatăm un burelet dur pe fața internă a maxilarului inferior. Starea generală e rea, temperatura 39⁰ pulsul 140.

In prima zi de spital e operat. Incizia cu termocanterul, spălături cu apă oxigenată și prișnițe locale. Se repetă tratamentul și în ziua de 19 Noembrie 1925 bolnavul iese din spital complect vindecat.

Observația V.

Asteriadès șeful spitalului francez din Salonic publică în Journal de Chirurgie din Septembrie 1924 următorul caz de Angină Ludwig consecutivă unei extracțiuni dentare.

Soldatul G. B. suferea de mai mult timp de dureri la nivelul celui de al 2-lea molar inferior drept. Un dentist ambulant îi extrage acest molar. Chiar în acea seară are dureri vii în toată regiunea submaxilară. A 2-a zi are frisoane, febră, vărsături, tumefacția planșeului gurii, a regiunii submaxilare, are trismus intens și e foarte abătut. La 3 zile după extracție intră în spital și se diagnosticează o angină Ludwig. Planșeul bucal e bombat, limba împinsă către văl și acoperită cu un strat cenușiu, saliva fetidă se scurge la exterior prin gura intredeschisă. Toată regiunea suprahioidiană e tumefiată, dură, foarte sensibilă la palpație, respirația accelerată, temperatura 39⁵, pulsul 120—140, facies teros. E operat fără anestezie: se face o incizie mediană dela barbă la osul hioid și profundă traversând cei 2 milo-hioidieni, se scurge o mică cantitate de lichid brun, fetid și gaze. Făcându-se examenul bacteriologic al lichidului se găsesc numeroși perfringeens și anaerobi în masă. Plaga operatorie e larg debridată, cauterizată cu fierul roșu. Se face ser fiziologic în doze mari, ulei camforat, stricnină, electrargol, vaccin Delbet, ser antigangrenos nu există în serviciu, pansamente continui cu Dakin, apă oxigenată, injecții cu bulionul lui Delbert. La 42 de zile după operație bolnavul e complect vindecat.

Tot Asteriadès mai publică și alte observațiuni de infecții grave de origină dentară:

II. — Abces al orbitei drepte și trombo-flebită sinusului cavernos drept consecutiv unei extracțiuni dentare făcută în mod septic.

III. — Angina lui Ludwig și gangrenă gazoasă a regiunei

pterigo-maxilare stângi, consecutivă erupției molarului de minte.

IV. — Flegmon supra-hioidian drept datorit unei extracțiuni dentare.

V. — Flegmon profund temporo-maxilar drept și abces al celor 2 orbite cu trombo-flebită sinusului cavernos consecutivă unei carii dentare.

In cazul III tratamentul e următorul:

Incizia făcută fără anestezie cu bisturiul dela barbă la osul hioid, se trece printre milo-hioidieni pătrundem profund în regiunea suprahioidiană curățind cu degetul cavitatea. Pansament cu ser antigangrenos. Injecții subcutanate în coapsă cu ser antigangrenos 50 cmc. și vaccin Delbet o ampulă. Bolnavul vindecat după 74 de zile dela debutul maladiei. Lu s'a făcut în acest timp 260 cmc. ser antigangrenos, 6 ampule vaccin Delbet, stricnină, ulei camforat, electrargol, ser fiziologic. După vindecarea complectă extracția sub anestezie locală a molarului de minte.

Observația VI.

L'Heureux în Bulletins et mémoires de la société nationale de Chirurgie anul 1924 publică deasemenea 2 cazuri de Angină Ludwig vindecate grație tratamentului chirurgical asociat cu seroterapia antigangrenoasă.

Angina lui Ludwig provenită în urma curetării unei pierderi de substanță a I-ului premolar inferior stâng.

Aspectul bolnavului a 3-a zi dela debutul maladiei: temperatura 39^8 puls 100, regiunea suprahioidiană profund împâstată, nefluctuentă, gura întredeschisă, planșeul gurii bombat, limba împinsă către bolta palatină, deglutiția imposibilă.

Tratamentul: Anestezie locală cu cocaină. Incizia pe distanța maxilo-hioidiană cu bisturiul tăind: pielea pielosul, aponevroza cervicală superficială, se traversează cei 2 milo-hioidieni. Din loja sublinguală iese puțină serozitate roșcată cu miros gangrenos, se injectează subcutanat 60 cmc. ser antigangrenos polivalent, ulei camforat în doze mari și ser artificial intra rectal Murphy. Serul antigangrenos polivalent a fost întrebuințat ca pansament local și în injecții subcutanate de 60 cmc. repetat acest tratament 4 zile la rând. Intrat în spital la 23 Septembrie 1923, complect vindecat la 9 Octombrie 1923.

CONCLUZIILE

1. Angina lui Ludwig e un flegmon gangrenos și difuz al podelei gurii, desvoltat în loja sublinguală deasupra barierii musculare a milo-hioidienilor.

2. Poarta de intrare a infecției e de cele mai dese ori caria dentară sau o ulcerație cauzată prin erupția molarului de minte, însă orice leziune a cavității buco-faringee poate să-i dea naștere.

3. E o maladie gravă, cu o evoluție rapidă necesitând un tratament precoce și energic.

4. *Tratamentul:* Asociația tratamentului chirurgical cu seroterapia antigangrenoasă.

Incizia făcută cu termocanterul care are dublu avantaj de a steriliza țesuturile vecine și a evita hemoragiile. Serul antigangrenos întrebuințat în doze masive 50—60—70 cmc. subcutanat sau intravenos 30—50 cmc.

Văzută și bună de imprimat

Președintele tezii — **Prof. Dr. S. Lalu**

Decanul Facultății — **Prof. Dr. Thoma Ionescu**

CONCLUSIONS

1. L'angine de Ludwig est un phlegmon gangréneux et diffus du plancher de la bouche développé dans la loge sublinguale au dessus de la sangle musculaire des mylo-hyoïdiens.

2. La porte d'entrée de l'infection est le plus souvent la carie dentaire ou l'ulcération causée par le développement de la dent de sagesse. Mais toute lésion de la cavité bucco-pharyngée peut lui donner naissance.

3. L'angine de Ludwig est une maladie grave à evolution rapide necessitant un traitement hative et énergique.

4. Le traitement comporte: l'association du traitement chirurgical et de la serotherapie antigangreneuse.

L'incision faite avec le thermocautère a le double avantage de stériliser les tissus avoisinants et d'éviter les hémorrhagies.

Le ser antigangreneux est injecté en doses massives de 50—60—70 cmc. sous-cutané, ou bien 30—50 cmc. intraveneux.

Vue et bonne a imprimer

Le président de la thèse

Prof. Dr. S. Lalou

Le doyen de la Faculté

Prof. Dr. Thoma Ionnesco

Scanned with OKEN Scanner

BIBLOGRAFIE

Dentu Delbet, Vol. VI.

Traité de chirurgie Duplay-Reclins, Vol. V.

Presse médical 1912, No. 42.

Traité d'anatomie topographique Testut Jacob.

Trélat. Clinique chirurgical.

Pont.

Gaillard Nogué, vol. VIII.

Thèse de Paris 1913, Charles Faron.

Leterrier Thèse de Paris 1893.

Journal de chirurgie Septembre 1924. Des infections graves d'origine dentaire par. T. Asteriadès.

Société nationale de chirurgie 1924. Angine de Ludwig et gangrène gazeuse par. M. Heureux.

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 2426

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA PYELOGRAFIEI

TEZA

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ŞI SUSŢINUTĂ IN 1 FEBRUARIE 1926

DE

CRACAUER IDA ISAC

Extern al Spitalelor Eforiei

TIPOGRAFIA „ESTETICA" STRADA ŞELARI No. 10. — BUCUREŞTI

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

Decan: D-nul Profesor Dr. THOMA IONESCU

Profesorii titulari:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	Angelescu C,
Chimia medicală	„ „	Athanasescu N.
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie	„ „	Bălăcescu I.
Anatomia patologică	„ „	Babeș V.
Bacteriologia și patologia experimentală	„ „	Besnea St.
Istologia normală și Istogeneza	„ „	Cantacuzino I.
Medicina experimentală	„ „	Daniel C.
Clinica ginecologică	„ „	Danielopol D.
Clinica II-a medicală	„ „	Gerota D.
Anatomia topografică II	„ „	Gheorghiu N.
Clinica și teoria obstetricală	„ „	Ionescu Th.
Anatomia topografică I / Clinica I-a chirurgicală	„ „	Ionescu D.
Clinica III-a medicală	„ „	Juvara E.
Clinica III-a chirurgicală	„ „	Jianu A.
Clinica boalelor urinare	„ „	Lalu S.
Farmacologia și materia medicală	„ „	Meţianu N.
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	Marinescu Gh.
Clinica boalelor nervoase	„ „	Manicatide M.
Clinica infantilă	„ „	Mezincescu D.
Igiena și poliția sanitară	„ „	Minovici M,
Medicina legală	„ „	Manolescu D.
Oftalmologia și clinica oftalmologică	„ „	Nanu-Muscel
Clinica I medicală	„ „	Nicolau St.
Clinica dermatologică și sifiligrafică	„ „	Obregia Al.
Clinica mentală	„ „	Paulescu N.
Fiziologia umană	„ „	Proca Gh.
Patologia generală	„ „	Rainer Fr.
Anatomia descriptivă și embriologia	„ „	Solacolu T.
Botanica medicală	„ „	Thomescu I. T.
Patologia medicală	„ „	Theohari A.
Clinica terapeutică	„ „	Zotta G.
Zoologia medicală	„ „	

Profesori agregați:

Medicina operatoare	D-l Dr.	Constantinescu C.

PREȘEDINTELE TEZEI

D-nul Prof. Dr. JIANU A.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici aprobare nici dezaprobare.

Memoriei tatălui meu.

Janettei și lui Lazăr,

dragoste și recunoștiință.

Mamei, surorilor, cumnatei și fratelui,

multă iubire.

Scanned with OKEN Scanner

D-lor Prof. Medici Primari, Șefii serviciului Spit. Eforiei, unde am funcționat ca extern, le aduc mulțumiri pentru exemplul și cunoștințele ce mi-au dat și pentru bunăvoința arătată.

D-lui Profesor Amza Jianu pentru onoarea ce-mi face primind președinția juriului de promoțiune, omagiu.

D-lor Conferianțiari Dr. Gh. Marinescu și Cosma Popescu mulțumiri.

D-lui Dr. Gh. Lăzărescu, radiologul clinicei urologice călduroase mulțumiri pentru bunăvoința cu care mi-a pus la dispoziție materialul necesar la alcătuirea acestei lucrări.

Onor. Juriului de promoțiune respestuoase mulțumiri.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE.

Diagnosticului prin razele X, îi se atribue, în căile urinare, o importanță deosebită, întrucât el interesează deopotrivă pe urologi, internişti, chirurgi şi gynecologi.

Ne-am propus să tratăm în această lucrare o parte a radiodagnosticului aplicat în căile urinare, a radiografiei basinetului şi uretrului, numită într'un cuvânt pyelografie. Cum basinetul şi ureterul nu sunt direct vizibile la razele X, pentru ca să le examinăm trebue, fie să mărim transparența lor în raport cu țesuturile vecine (introducerea de oxigen) fie să mărim opacitatea lor, prin introducerea unui corp opac la razele X. Cu pyelografia nu vom putea obține decât modificări ale formei, mărimiei şi poziției basinetului şi ureterului, adică propriu zis nu vom putea face decât un diagnostic anatomic. In ceeace privește diagnosticul etiologic, acesta se găsește mai mult în mâna celorlalte mijloace de explorare şi în mâna anamnezei.

ISTORIC.

Prima încercare de a studia ureterul printr'un reper opac a fost făcută de Tuffier. El a publicat-o în tratatul de chirurgie a lui Duplay şi Reclus (1889). Studiul a fost reluat de Schmidt şi

Kölicher în 1901 apoi de Loevenhardt şi de Illyés. Ei întrebuinţau mândrene metalice. Apoi sistemul mandrenelor a fost părăsit, întrebuinţându-se în locul lor sondele opace. S'au făcut sonde de plumb, cinabru sau bismut. După indicaţiile lui Pasteau s'a făcut o sondă gradată în centimetrii alternativ transparentă şi opacă la razele X. Aceste sonde au ajutat la diagnosticul calculozei renale, uneori şi la acel al hidronefrozei. Insă rezultatele obţinute au fost destul de reduse.

In 1906 apare prima comunicare asupra pyelografiei făcută de doi medici germani Völker şi Lichtenberg. Aceştia practicând o vreme bună radiografia la vezică s'au gândit s'o extindă mai departe la ureter şi la basinet, cavităţi în cari se poate introduce deasemenea substanţe opace. Substanţa opacă întrebuinţată de ei a fost colargolul în soluţie de 5 p 100. In acelaşi an Frank a făcut un raport asupra pyelografiei prin injecţii cu oxigen. In 1908 Albarran şi Erzbischoff făcură câteva încercări cu metoda lui Völker şi Lichtenberg cu puţine rezultate pentru care motiv o abandonară. In 1909 Lichtenberg, Dietlen, Runge publică un mare număr de radiografii practicate în serviciul lui Völker. Pyelografia luă în acelaşi timp un mare avânt în America unde este utilizată de Braasch şi Keyes şi de alţi chirurgi urologi. In 1910 fu semnalat primul caz mortal, în urma pyelografiei, acel a lu Rössle, care face ca metoda să fie privită cu mare neîncredere.

In acelaşi timp însă Braasch publică peste 500 cazuri personale fără accidente. Metoda continuă să fie întrebuinţată în clinica lui Kümmel, de Neker şi Paschkis, la Viena de Lichtenberg, Dietlen şi numeroşi chirurgi germani. In 1912 Blum din Viena şi alţii se ridică contra metodei, pe sare o consideră periculoasă şi inutilă. Cu toate că mulţi o considerau astfel, metoda continua să facă progrese simţitoare în America şi Germania. In Franţa, în afară de cazuri izolate, nu se poate semnala decât lucrările de ansamblu ale lui Legueu, Papin şi Maingot. Din 1911 Papin aplică această metodă în toate cazurile de patologie renală, unde putea să aducă servicii. El a strâns peste 600 observaţii. Pyelografia i-a permis în multe cazuri să precizeze, să afirme sau să respingă diagnostice clinice, să pună indicaţii terapeutice, să evite intervenţii inutile. El consideră pylografia ca un mijloc de diagnostic capital pentru patologia renală, şi tot aşa de puţin periculoasă ca si un simplu cateterism ureteral.

Scanned with OKEN Scanner

In clinica urologică a D-lui Prof. Amza Jianu, D-l Dr. Lăzărescu, radiologul clinicii aplică pyelografia în toate cazurile necesare cu rezultate f. bune.

TECHNICA.

Vom studia succesiv:

a) lichidul de injectat
b) sonda de întrebuinţat
c) modul de a se face cateterismul
d) modul de a face injecţia
e) modul de a se lua radiografia

a) lichidul de injectat

Condiţia pe care trebuie s'o îndeplinească soluţia opacă, este să fie solubilă, neiritantă pentru mucoasele ureterale şi pyelitice şi nenecrozantă pentru paremchimul renal.

Primul lichid opac intrebuinţat în pyelografie a fost colargolul pe care Völker şi Lichtenberg l'au injectat în 1906 în soluţie de 5 p 100. Unii autori l'au întrebuinţat mai târziu în soluţie de 20%, alţii 5-20 p. 100 şi chiar 40-50 p 100 (Renney şi Miller) Papin recomandă în cazurile obişnuite şi hydronefroze soluţia de 10 p 100, pentru uretere şi pungi pyelice mici sol. de 20 p 100. S'a mai întrebuinţat în, sol. de 5 p 100 de Keyes sau de 10-50 p 100 de Turniss, o altă sare de argint: argyrolul. Kelly a recomandat iodura de argint, care are avantajul după dânsul de a fi destul de opacă, de a nu fi toxică, de a nu păta, de a fi antiseptică şi în sfârşit de a fi mai eftină decât colargolul. Insă e nevoe de un vehicul care s-o ţie în suspensie, Recent, Pretorius, a propus sub numele de pyelon, o altă preparaţie de iodură de argint, sub formă coloidală. Printre alte substanţe întrebuinţate, este bismutul sub formă coloidală, care are însă inconvenientul că sărurile sale nu sunt solubile şi se ţin rău în suspensie. Bariul la fel. Mult mai interesant este thoriumul, care are o greutate moleculară mare. Unii autori însă au constatat că e f. toxic (Weld, Braasch). Alţii Young şi Waters, laudă f. mult calităţile sale. Weld a făcut cercetări asupra toxicităţii mediilor pyelografice şi a arătat că cea mai puţin toxică e bromura de sodiu. Papin şi după el şi alţii, întrebuinţează bromura de sodiu cu mult succes.

El întrebuinţează soluţia următoare:

Bromură de sodiu 300 gr,
Apă distilată 70 gr.
Oxicianur de mercur 1 ctgr.

Oxicianurul joacă rolul de antiseptic întrucât soluţia de bromură de sodiu nu e complect aseptică. Soluţia astfel preparată are următoarele avantagii după Papin: este limpede, nu pătează, nuţe toxică, pe lângă asta fiind un cristaloid, ea e mai uşor eliminată cu urina, după ce a îmbibat rinichiul, decât colargolul care e un coloid şi a cărui micele, insolubile ar rămâne în rinichiu. Jules Francois (Anvers) recomandă, cu multă căldură, iodura de sodiu în soluţie de 10-20 p 100. Soluţia de iodură de potasiu întrebuinţată a dat multe accidente. Mai puţin cunoscută şi răspândită este soluţia de iodură de litiu întrebuinţată de E. Ioseph (Berlin) şi pusă în vânzare de casa Kahlbaum sub numele de *„Umbrenal“*. Cercetările lui Ioseph au dovedit că acest preparat nu e mai toxic decât bromura de sodiu şi e tot aşa de uşor de injectat. Umbra din contră e mult mai intensă şi întrece umbra formată de toate celelalte substanţe de contrast întrebuinţate până acum. Unii autori au încercat să introducă oxigenul în basinet, Frank, Lichtenberg, Dietlen, aceştia din urmă în special pentru examenul calculilor mici, mai cu seamă, a calculilor de acid uric. Acest procedeu are un avantaj, nici o substanţă toxică nu pătrunde astfel în parenchimul renal, şi un desavantaj, nu se poate doza cantitatea de oxigen introdusă. Dăm, alăturat, un tablou luat după Lichtenberg, care arată valoarea fiecărei substanţe opace, şi toxicitatea sa.

b) Sonda ce se întrebuinţează.

Trebuie să întrebuinţăm o sondă de calibru mic, astfel ca lichidul să se poată întoarce uşor în vezică dealungul sondei. Se evită o hypertensiune în basinet. Sonda de calibru 12 este cea mai întrebuinţată. In principiu ar trebui să se întrebuinţeze sonda opacă a lui Pasteau.

c) technica cateterismului ureteral.

Cateterismul ureteral p. pyelografie nu se deosebeşte de cel obişnuit. In general, nu se cateterizează decât unul din uretere: o sondă vezicală va fi aşezată în vezică p. a constata reflexul din basinet. In unele cazuri e nevoie să se cateterizeze ambele uretere. Câte odată în caz de duplicitatea ureterelor suntem chemaţi să aşezăm trei sau chiar 4 sonde ureterale. Sonda este împinsă până în basinet.

Soluția	Greut. atomică		Greutate Mol	Toxicitatea	Concentrația optimă p. pyelogr. opac. 10% colarg.
	Metaloid	Metal			
COLOIDE					
Colargol		Ag.			
Skiargon		107,9			10
Electrargol	In dif. concentr.				
Argyrol	Ex. colargol 87,3%				Arygrol deasupra lui 50%
Dispargen					
Pyelon	126,92	107,9			
CRISTALOIDE					
Bromură de sodiu	79,96	23	102,96	55 gr. 25% intra venos netoxic	25
Bromură de potasiu	72,96	39,1	119,06	toxic	20
Iodură de litiu	126,92	6,94	133,86	se alterează	25
Iodură de sodiu	126,92	23	149,92	50 g. 25% i. v. toxic	15
Iodură de potasiu	126,92	39,1	166,02	3 gr. 25% intra venos omorâtor	10
Iodură de argint	126,92	107,9	234	iodul toxic	15
Thorium nitrat		137,4	480.7	toxic	15

Scanned with OKEN Scanner

E necesar s'o facem mai ales în unele dilataţii mari cu scopul de a putea pe urmă să evacuăm cavitatea. Injecţia va fi făcută chiar dacă sonda este oprită în drum căci lichidul dacă nu va trece în basinet, revine în vezică şi va fi evacuat prin sonda vezicală. In sfârşit sunt cazuri în cari cateterismul ureteral nu e necesar: sunt acele, în cari lichidul vezical se reîntoarce în uretere şi atunci se poate umple tot aparatul urinar printr'o simplă injecţie vezicală.

d) Technica injecţiei.

Această parte a technicii e foarte importantă. Idealul ar fi să nu se injecteze în basinet decât cantitatea de soluţie pe care o poate conţine, fără să se distindă. La început s'a întrebuinţat seringa. Papin recomandă abandonarea ei, pe motiv că e imposibil să ne dăm seama de presiunea obţinută cu ea şi care poate fi considerabilă. Papin a construit un aparat special format dintr'o buretă Mohr foarte puţin ridicată deasupra planului patului în aşa fel ca bureta şi basinetul să formeze un sistem de vase comunicante. Aparatul astfel construit este din cele mai simple. Pe un stativ este fixat un tub metalic în care alunecă o tije, care se ridică şi coboară după voinţă. In lungul acestei tije sunt fixate 2 burete Mohr de 100 cm.^{3} gradate în cm. La fiecare buretă e fixat un tub de cauciuc de 1 m. 50 lungime, terminat cu o canulă specială care se fixează solid la sonda ureterală. Se aşează bureta în aşa fel ca nivelul lichidului să fie la circa 50 cm. deasupra planului patului, se deschide robinetul buretei, apoi acel al canulei până apare lichidul. Se închide atunci canula şi se fixează la sonda ureterală, apoi se deschide iară. In dată ce bolnavul acuză dureri, se coboară bureta până la planul patului şi radiografia este luată în câteva secunde. După aceia canula este înlăturata şi se lasă lichidul să se scurgă în voie. In unele cazuri când injecţia a fost destul de dureroasă se aspiră din lichidul injectat în basinet cu ajutorul unei seringi ceeace uşurează mult bolnavul. Simptomul durere este pentru Papin indicatorul preţios la introducerea lichidului în basinet, imediat ce bolnavul acuză dureri, el opreşte injectarea. Refluxul pe sonda vezicală înlocueşte câte odată durerea şi indică oprirea injectării. Pasteau e contra întrebuinţării buretei Mohr şi susţine că nu e bine ca oprirea injectării să fie indicată de durerea bolnavului, căci durerea arată că basinetul e distins, şi bazându-se pe cercetările lui Kidd care a demonstrat că e necesar. o presiune medie de 30 mm. Hg. pentru ca rinichiul să se înfiltreze şi să apară

colargolul sub capsulă, conchide că, basinetul fiind distins şi rinichiul trebuie să fi înfiltrat, şi astfel, zice el, se explică numeroasele cazuri de febră după pyelografiile practicate de Legueu şi Papin. „Dacă rinichiul este infectat, nu trebuie să-l distindem, dacă nu-e, atunci riscăm să-l infectăm prin distindere". El întrebuinţează seringa sub controlul cystoscopic. In Germania G. Ioseph întrebuinţează deasemenea seringa. In serviciul radiologic al clinicii urologice se întrebuinţează atât seringa cât şi bureta Mohr.

După Jules Francois se poate aprecia cantitatea de soluţie de injectat în modul următor: Indată ce sonda ureterală este introdusă în basinet lichidul urinar, când basinetul nu este distins, se scurge prin 3-4 picături, cari se succed rapid după care urmează o pauză de 2-3 secunde. Din contră când există o distensiune a basinetului şi acesta conţine urină reziduală, scurgerea prin sonda ureterală se face prin picături continue. Se primeşte într'un flacon gradat toată urina care se scurge astfel. Vom avea măsura urinii reziduale conţinute în basinet. Injectând o cantitate egală cu cant. urinii, nu ajungem să distindem basinetul. Dacă urina se scurge după ritmul normal, nu vom injecta mai mult de 5 cm.^{3}, urmând ca să injectăm mai mult când radiografia nu va da nici rezultat.

Von Lichtenberg susţine că presiunea lichidului injectat nu trebue să întreacă presiunea secreţiei renale (60 mm. Hg.). E nevoie de o seringă care să se reguleze automat sau de o bureţă. Dacă ar trece peste această presiune, lichidul ar pătrunde în sânge.

Unii au consiliat ca pyelografia să fie făcută sub anestezie generală sau anestezie cu morfină. Este un procedeu extrem de periculos, după Papin, întrucât durerea este absolut necesară, şi dacă eventual ar fi violentă este calmată prin aspiraţie din lichidul injectat în basinet.

e) Cum se ia radiografia

Se pune sub regiunea lombară în partea pe care trebuie s'o examinăm un film radiografic sau o placă radiografică. Se face radiografia în sensul antero posterior. După Segalizer şi Hrynstchak pyelograma pentru a fi bună trebue să fie luată nu antero posterior ci în direcţie oblică, aşa ca razele să cadă perpendicular pe linia de secţiune a rinichiului. Ei arată câteva pyelograme care demonstrează că acest procedeu ar fi mai bun.

Scanned with OKEN Scanner

ACCIDENTELE PYELOGRAFIEI.

Unul dintre accidentele cele mai frecvente în pyelografie, este durerea. După cele constatate, întinderea durerii pyelice ar fi totdeauna în raport invers .cu volumul basinetului. Această durere, după cum am văzut, e considerată de PAPIN ca absolut necesară şi încetează, în mare majoritate din cazuri, când se aspiră din lichidul injectat. Insă sunt cazuri în cari durerea nu numai că nu scade după ce aspirăm lichidul, dar chiar se accentuiază. Durerea se găseşte într'o zonă situată dedesubtul falşelor coaste, în reg. axilară. Această zonă este asemănătoare cu zona indicată de MAKENZIE, în durerea de origine renală. Durerea se irradiază în urmă către unghiul costo-lombar şi înainte către fossa iliacă. Punctele costo lombare, para ombilicale şi iliace sunt în cele mai multe cazuri, dureroase. Când injecţia n'a putut să atingă rinichiul, atunci zona dureroasă este mai jos şi seamănă cu cea indicată de MAKENZIE în afecţiunile ureterului. Irradiaţiuni în coapsă, la ombilic sunt destul de frecvente.Se observă deasemenea hyperestezie cutanată. contractura peretelui, greţuri, vomismente, sudori abondente, câte o dată senzaţie de frig, întovărăşită de reacţii dureroase. PAPIN n'a observat nici odată modificarea pulsului, temperaturii şi respiraţiei în timpul operaţiei. După importanţa crizei se pot distinge 3 cazuri:

1. Durerea foarte mică, se calmează imediat, bolnavul poate să meargă după câteva momente, în marile hidronefroze.

2. Durerea este vie şi mai cu seamă persistentă; ea poate chiar să se mărească după evacuarea basinetului. E necesar să punem bolnavul la repaus şi câte o dată să-i facem o injecţie cu morfină.

3. Durerea este f. violentă este marea criză de colică nefretică. E necesar repausul absolut, injecţii cu morfină, comprese calde pe reg. dureroasă.

Aceste cazuri sunt excepţionale.

In general, o durere vagă mai continuă câte-va zile, urinele continuă sa rămâe negre, dacă s'a întrebuinţat colargolul, mai cu seamă dacă e vorba de hydronefrozele mari.

Febra există, variind în intensitate dela caz la caz. La bolnavii din spital, PAPIN a observat totdeauna o ascensiune febrilă, adesea uşoară câteodată chiar destul de ridicată. Durerea, după cum a

observat Papin a început să dispară de când se întrebuinţează bromura de sodiu.

Konrad Böhringer a observat 3 accidente cu hematurii în urma pyelografiei cu bromura de sodiu în soluţie de 30%, unul din cazuri a sucombat chiar la a 6-a zi. El recomandă întreb. bromurului de sodiu în soluţie de 20% care nu dă accidente.

Accidente mortale. Primul accident mortal consecutiv pyelografiei a fost cel citat de Rössle. După acest caz, au mai fost observate câteva. Sunt cazurile lui Rosenblatt, Paderson, Mac Cown, Feodoroff, Smith, Hoffmann. Fahr, Simmonds, Madelung, Segalizer şi Hryntschak.

In două din aceste cazuri moartea s'a produs îndată după pyelografie, printr'un fel de şoc. Intr'un caz al lui Hoffman a fost hyperpresiune considerabilă şi o ruptură a unui sac hydronefrotic cu infecţie în peritoneu. In cazul lui Fahr s'a întrebuinţat narcoza, suprimându-se durerea. Dealtfel bolnavul suferea de cord. In cele două cazuri ale lui Simmonds era un exces de presiune şi în unul din cazuri se constată o streptococemie, care explică moartea. In cazul lui Shmith era vorba de un colaps la un arteriosclerotic imediat după injecţie. In cazul lui Segalizer şi Hryntshak, pyelografia a fost făcută după regulile artii. Era vorba, după dânşii, probabil, de un şoc reflex carea înhibat mişcările cordului la un anginos. In cazul lui Feodoroff, moartea s'a produs 5-6 minute după inj. cu colargol, aşa dar într'un interval de timp în care leziunea prin colargol nu s'ar fi putut produce. Era vorba şi aci probabil de un şoc reflex asupra cordului. In general accidentele sunt provenite din cauza greşelilor de technică. Se poate opune acestor accidente izolate, statisticele lui Braasch şi ale lui Papin cari au practicat sute de pyelografii fără nici un accident.

CONTRAINDICAŢII.

Segalizer şi Hryntschak, cari au studiat cauzele accidentelor provenite în urma pyelografiei în Germania, au ajuns la concluzia că pyelografia e contra indicată: în hemoragii recente, injecţii acute ale căilor urinare, la vărsta înaintată, arterio-scleroza înaintată, insuficienţa renală gravă, şi mai cu seamă în maladii grave ale cordului, (leziuni organice, angor pectoris).

CERCETĂRILE CLINICE ŞI EXPERIMENTALE ASUPRA PERMEABILITĂŢII RENALE P. SUBST. INJECTATE.

a) Cercetări clinice.

Völker a observat în cursul operaţiilor sale înfiltraţia grăsimii perirenale prin colorgol, însă numai în cazurile în cari opera 24 ore după pyelografie. După 48 de ore nu mai găsia nimic. Papin a observat că această infiltraţie poate să dureze mai mult. Cazul mortal a lui Rössle pare să arate că ar fi existat o intoxicaţie prin resorbţia sării de argint: s'a găsit la autopsie, hemoragii profuze în toate viscerele şi cavităţile corpului. La exam. microscopic s'a găsit colargolul în rinichi până sub capsulă. Papin a fost primul în 1913 care a semnalat pătrunderea colargolului în rinichi. Mulţi alţi autori au confirmat aceasta. Pătrunderea poate fi vizibilă pe pyelogramă, iară în cele mai multe dăţi se constată în cursul operaţiei după pyelografie, grăsimea perirenală înfiltrată cu colorgol, sau se constată pe rinchiul scos că medulara şi corticala au fost înfiltrate. Numele de infarctus dat acestor leziuni nu e exact, căci n'avem obstrucţia unui vas. Lez. sunt uşoare.

In toate cazurile în cari s'a constatat înfiltraţia, a fôst vorba de o greşeală de technică, adică de un exces de presiune şi în general, de întrebuinţarea seringii (Papin)

b) Cercetările experimentale.

Cercetările experimentale au fost făcute cu colargol. Oellchker a făcut experienţele sale pe rinichi de cadavru şi a constatat că colargolul pătrunde sub o presiune puternică în paremchymul renal. Aceaste experienţe sunt fără valoare. Strassman a făcut cercetări pe iepure: el injectează în ureter soluţii de concentraţii diverse şi le lasă aici mai mult sau mai puţin timp. A operat sub anestezie cu uretan şi cu eter. Din experienţele făcute, el conchide că înfiltraţia sub presiune nu se face în canaliculii renali, ci în jurul canaliculilor, în ţesutul conjonctiv şi în spaţiile lymfatice.

Wossidlo, în experienţele sale, caută să determine modul de pătrundere a colargolului în paremchymul renal. El operă pe iepuri şi găsi că colorgolul în mica cantitate pătrunde în tubii colectori şi în mai mare cantitate în ţesuturile interstiţiale, în lungul vaselor.

Scanned with OKEN Scanner

Colargolul a fuzat până sub corticală şi până în ţesutul celular în jurul basinetului, astfel că şi toată capsula grăsoasă era înfiltrată. In altă serie de experienţe, Wossildo caută să lezeze paremchymul renal cu vârful cateterului. El obţinu înfiltraţia ţesutului interstiţial. Creă în alte experienţe focare de necroză, prin ligatura unei artere: colargolul n'a invadat focarele de necroză.

In sfârşit pe rinichi mai intâiu hydronefrozaţi prin ligatura incomplectă a ureterelor, Wossildo constată că colargolul pătrunde mult mai uşor şi mai cu seamă în interiorul tuburilor colectoare şi chiar a tuburilor urinifere până la medulară, ţesutul peripyelitic era deasemenea înfiltrat. In rezumat excesul de tensiune în basinet permitea pătrunderea colagolului în ţesutul renal, însă numai în ţesutul interstiţial, afară de cazurile de hydronefroză unde pătrundea şi în tuburile urinare.

Rehn a făcut experienţele sale pe rinichi infectaţi cu culturi de stafilococi, după câte-va zile, el injectă colargolul. Substanţa a pătruns până în corticală, fie prin ţesutul interstiţial, fie prin tubii urinari. Intr'o altă serie de experienţe, pe rinichi hydronefrozaţi, a constatat că colargolul pătrundea până în corticală prin canaliculele dilatate, fără infiltraţie interstiţială. Alte experienţe au fost făcute de Schahnow cu injecţii de colargol în paremchymul renal, de Eisendrath care a distins mult basinetul unor câini prin injecţii considerabile de lichid, el a avut doi morţi, prin embolii. Masson a făcut experienţe pe iepuri, colargolul a pătruns, în tubii drepţi şi conturnaţi. In rinichi infectaţi, s'au format abcese în punctele unde s'a acumulat colargolul, aşa că după dânsul pyelografia pare periculoasă în rinichi infectaţi. Keyes observă că, dacă o dilataţie persistă mai mult colargolul pătrunde în vasele sanguine şi în spaţiile limfatice fără să urce în canalele drepte. In unele cazuri se pot produce retenţii de colargol, şi acest fenomen ar constitui patogenia, în cazurile de moarte după pyelografie (Keyes). Kidd a făcut experienţe pe berbec, el conchide că colargolul poate să infiltreze medulara în 2 condiţii: fie când presiunea în basinet e ridicată, fie când durata ei e mai lungă. Pentru a evita infiltraţia nu trebue să întrebuinţăm o presiune mai mare de 30 mm. Hg. şi pyelografia să nu dureze mai mult de o minută.

INDICAȚIILE ȘI REZULTATELE PYELOGRAFIEI.

1. Rinichiul normal. (Basinet)

Forma este extrem de variabilă: există o formă schematică tipică și numeroase variații. Forma tipică este bifurcată. Ureterul ajuns la rinichi se divide în 2 mari calice: superiorul lung, strâmt și oblic în afară, inferiorul larg scurt și orizontal. In general, bifurcația se face în unghiu mai mult sau mai puțin ascuțit, însă se poate face și în unghiu mai deschis și chiar în formă de T, cele două calice fiind în prelungire unul altuia. Există adesea un calice intermediar, de ordin secundar, care se deschide câte o dată în marele calciu superior și câte o dată în acel inferior, excepțional în unghiul de unire. Fiecare din calicile mari primește calice secundare și aceste, calice de al 3-lea ordin. Basinetul propriu zis nu există totdeauna, formația sa este datorită ștergerii unghiului de bifurcare și umflării marginii mediale a marilor calice.

Dispozițiile anatomice precedente sunt modificate fie prin supresiunea calicelor intermediare, calicele mici deschizându-se direct în basinet: este forma zisă ampulară, fie prin bifurcația precoce a marilor calice: este forma ramificată. Există un mare număr de subvarietăți, astfel calicele mare inferior poate fi dilatat în ampulă: este hemibasinetul inferior. In sfârșit situația bifurcației poate să varieze, după individ fie că se face în sinusul rinichiului fie mai jos la un nivel variabil.

Bacharach și Hitzenberger (Viena) au constatat prin pyelografie că rinichiul în poziție culcată și în picioare se mișcă odată cu diafragmul. In picioare rinichiul se îndepărtează puțin de diafragm. Ureterul însă rămâne în poziția sa. Și evacuarea basinetului se observă bine, ea se produce într'o respirație forțată mai repede, decât în cea liniștită. Aceste cercetări au o mare importanță în special p. diagnosticul diferențial cu tumorile abdomenului.

2. Hydronefrozele.

Pentru ca diagnosticul de hydronefroză să fie complect trebuie să se mai stabilească pe lângă existența pungii renale și forma sa,

dimensiunile sale şi dispoziţiile sale anatomice. Numai pyelografia poate să ne dea aceste date. Clinic hydronefroza se prezintă sub 3 forme:

1) forma cu crize dureroase intermitente cu rinichiu umflat şi coborît

2) forma de tumoră puţin sau deloc dureroasă

3) forma ocultă, unde nu există nici tumoră, nici crlză, ci numai o durere surdă şi contlnuă. Exploraţia clinică trebue să fie complectată prin cateterismul ureterelor. Prezenţa unei retenţii mari este semnificativă. Un basinet normal nu trebuie să conţină decât o cantitate neînsemnată de lichid. Insă trebue să avem în vedere că sonda poate să fie oprită în drum înaintea basinetului, sau că basinetul să fie evacuat numai în parte şi retenţia să nu fie astfei apreciată şi în sfârşit poate fi vorba de o hydronefroză în cavitate anfractuoasă care se evacuiază greu. Desigur că măsura cantităţii de lichid din basinet poate să ne fie de mare folos, însă adesea intervin cauzele de mai sus cari împiedică întrebuinţarea acesteia şi tot pyelografia rămâne să elucideze chestiunea.

1) Sonda poate fi împinsă până în basinet. In acest caz hydronefroza poate să se prezinte fie sub formă dureroasă, fie sub cea de tumoară.

a) când există o tumoră în flanc trebue să vedem dacă această tumoră este o hydronefroză. Pyelografia permite să rezolvăm imediat problema. Punga hydronefrotică se caracterizează printr'o pată mare care reprezintă basinetul şi calicele. Dacă basinetul şi calicele sunt în limitele normale atunci tumora observată nu ţine de ea, e vorba totuşi de o afecţiune renală, căci umbra rinichiului este mărită. Aceasta se poate observa în rinichi polichistic, chistele şi cancerul rinichiului. In sfârşit dacă umbra pyelică e cu totul normală atunci nu e vorba de o af. a rinichiului. Papin a observat cazuri de chist al ovarului, lipom retroperitoneal, peritonita tbc. cari au fost luate drept hydronefroză. Alţii au putut diagnostica tumori ale ficatului sau lobi aberanţi ai acestui organ, tumori ale intestinului, ale splinei, ale pancreasului. In aceste cazuri pyelografia are un rol de primul ordin.

b) N'avem tumoră fixă, ci numai crize dureroase sau dureri continue. Se confundă frecvent hydronefroza în această stare cu apendicita.

Printre alte cauze de eroare sunt şi calculii ureterului, pe cari o simplă radiografie îi poate decela, şi leziuni biliare.

Pentru diagnosticul hydronefrozei mai pledează pe lângă pielogramă şi durerea prăvocată de pyelografie, cari ia aspectul durerii din crizele bolnavilor.

2. Sonda nu pătrunde în basinet dar lichidul pătrunde în basinet. Oricât de mic ar fi calibrul sondei se poate întâmpla să nu poată ajunge la basinet. Causa e variabilă: cută, îndoire, strictură, tumoră. calcul sau vas anormal. Pyelografia poate câteodată să demonstreze natura obstacolului. E necesar însă ca lichidul opac să ajungă în basinet.

3. Sonda nu pătrunde în basinet şi lichidul se întoarce în vesică.

In aceste cazuri lichidul cade în vesică şi este evacuat prin sonda vesicală. Foarte adesea în marile hydronefroze se produce acest accident şi totdeauna când simţim o tumoră mare şi când lichidul nu poate să pătrundă, trebue să ne gândim la o hydronefroză. Intensitatea durerii este importantă de notat; pungile mari sunt cel mai adesea indolore, şi refluxul se face dealungul sondei, înainte de apariţia durerii. Hydronefrozele mici a căror cavitate se umple repede, provoacă în general o durere vie. La pyelografie putem distinge următoarele forme anatomice.

1. Tipul intrarenal în care toată dilataţia este cuprinsă în limitele sinusului, interesează calicele primare şi secundare.

2. Tip extrarenal, unde dilataţia interesează exclusiv sau mai ales basinetul în afara sinusului.

3. Tipul mixt, unde tot aparatul excretor este dilatat, basinetul, calicele mari şi mici; adesea există o pungă voluminoasă, formată la început din basinet şi care coafează un rinichiu turtit.

O hydronefroză poate fi numită totală, dacă ea atinge toate calicele, sau parţială dacă ureterul fiind bifurcat precoce, una singură din pungi a suferit dilataţia. In sfârşit hydronefroza poate fi întovărăşită de dilataţia ureterului (hydrureter. Din cunoştiinţele căpătate prin pyelografie, rezultă indicaţii operatoare precise: dacă e vorba de o hydronefroză intra renală, o singură operaţie e posibilă: nefrectomia, însă nu trebue s'o facem decât dacă celălalt rinichiu e sănătos, de unde necesitatea unei pyelografii de partea

opusă, căci se cunosc cazuri de nefrectomii pentru hydronefroze mici, cari au fost urmate de crize dureroase de partea opusă.

In cazurile extreme, pungi mari fără valoare funcţională, nefrectomia este singura indicaţie.

In cazurile intermediare se poate încerca secţiunea unui vas anormal, nefrectomia parţială, anastomoza latero-laterală etc. Aci se poate vedea importanţa mare a pyelografiei, care pe lângă că pune un diagnostic, mai dă indicaţii operatoare precise.

3. Pyelografia rinichiului mobil.

In rinichiul mobil pyelografia serveşte mai mult să stabilească indicaţiile operatoare, căci în ceea ce priveşte diagnosticul, acesta se face uşor şi prin examen clinic. Pyelografia în rinichiul mobil trebue să fie făcută după o technică specială: sonda trebue ţinută la partea inferioară a ureterului, pentru a lăsa liber segmentul ileo-lombar şi a nu crea îndoituri artificiale pe vârful sondei. Pe lângă asta trebue să luăm 3 radiografii: pe spate, în picioare şi culcat în poziţie declivă (Trendelenburg).

In sfârşit ar fi interesant în aceste cazuri să se facă o pyelografie bilaterală. Pyelografia trebue să ne arăte poziţia rinichiului, starea ureterului şi basinetului şi modificările suferite de aceste organe în poziţia în picioare şi în poziţia declivă.

Poziţia rinichiului. In stare normală basinetul răspunde părţii inferioare a celei de a 12-a dorsală: primei lombare şi părţii inferioare a celei de a 2-a. In rinichiul mobil basinetul coboară dealungul coloanei lombare până la a 3-a şi a 4-a lombară, el atinge adesea creasta iliacă şi poate chiar să coboare mai jos. In mişcarea sa de coborîre rinichiul nu este totdeauna basculat, el poate să rămâie în poziţie verticală, în alte cazuri basinetul este oblic în jos şi înăuntru. Ureterul este în general sinuos şi îndoit, câte odată însă el este normal pe o mare lungime şi prezintă numai o îndoitură bruscă spre basinet. Când sonda este împinsă prea sus, ea sileşte ureterul să descrie o curbă cu convexitatea superointernă. Adesea calibrul e normal, însă câteodată ureterul este lărgit.

Basinetul este rar normal, capacitatea sa poate să fie mărită, însă poate să-şi păstreze configuraţia sa obişnuită. Alte dăţi avem

o dilatație a calicelor mici, cu retragerea scobiturii papilare, uneori basinetul se dilată în ampulă și devine așa de deformat uneori, încât e f. greu să spunem dacă hydronefroza este primitivă sau secundară. Rinichiul mobil trebuie studiat nu numai în stare statică, dar și în stare dynamică. Trebue să vedem dacă poziția în picioare exagerează coborîrea. Dacă poziția răsturnată pune organele la loc. Orice rinichiu mobil, dureros ar trebui pyelografiat, pentru a se constata absența unei hydronefroze. Dacă există o hydronefroză și se face obișnuita nefrectomie, bolnavul are toate șansele să sufere mai departe. In acest caz ar fi fost indicată nefrectomia. Insă astea nu le putem afla de cât prin pyelografie.

4. Pyelografia în anomaliile rinichiului și ureterului.

Nu există capitol de patologie renală unde pyelografia să joace un rol mai important. In ceeace privește ureterul, anomaliile cele mai obișnuite sunt: bifiditatea, duplicitatea, îmbucarea anormală, dilatațiile congenitale.

Bifiditatea nu poate fi descoperită decât prin pyelogorafie. In duplicitate ureterală cele 2 orificii pot fi intravezicale, sau un orificiu e intra-vezical și altul intra-ureteral. Cele 2 orificii ureterale pot fi aproape unul de altul sau separate printr'un interval mai mult sau mai puțin considerabil. De obiceiu unul din orificii este supero-extern și altul infero-intern. Se întâmplă câte odată ca unul din basinete să fie dilatat, în acest caz se poate face o heminefrectomie.

Dacă lipsește un orificiu vezical pot fi 2 hypoteze, fie că e vorba de un rinichiu unic, sau de un ureter anormal. Trebuie să căutăm orificiul în uretră sau la vulvă la femee, în uretra prostatică la bărbat, pentru a vedea dacă există un orificiu anormal și să-l cateterizăm.

Atrezia orificiului ureteral cu sau fără dilatația chistică, nu este întotdeauna susceptibilă unui examen pyelografic, orificiul nefiind permeabil sondei. Dilatația permanentă a orificiilor ureterale descrisă de Papin și Legueu, permite injecția totală a aparatului urinar printr'un simplu cateterism al vezicii.

Dintre anomaliile congenitale ale rinichiului, pyelografia per-

Scanned with OKEN Scanner

mite să găsim ectopiile şi symfizele. Atrofia congenitală a rinichiului nu se poate decela prin pyelografie, întrucât basinetul poate să fie bine desvoltat, într'un rinichiu atrofiat. Ectopia congenitală poate fi bănuită prin palpaţie, însă pyelografia ne arată sigur sediul anormal al rinichiului, deformaţiile basinetului, şi traectul atipic al ureterului. Symfizele renale (rinichiu în potcoavă) pot fi diagnosticate graţie pyelografiei bilaterale, care ne arată coborirea rinichilor, şi a basinetelor situate pe linia mediană şi adesea hydronefrozate. In sfârşit în symfiza unilaterală, cele 2 basinete sunt aşezate în aceeaşi jumătate de trunchiu.

5. Pyelografia în tuberculoza renală.

Părerile autorilor asupra importanţei pyelografiei în tub. renală sunt împărţite. Braasch susţine că pyelografia e utilă p. diagnosticul formelor îndoelnice. Laurance T. Price crede că ne putem da seama de cantitatea de ţesut sănătos care poate să rămâie într'un rinichiu tuberculos, după neregularitatea liniei de injecţie, care ar fi astfel în raport direct cu extensiunea leziunii.

Lichtenberg, după ce a zis că în leziunile tuberculoase incipiente sunt evidente modificările papilelor şi în formele înaintate, deformaţiile ureterale, adaugă că nu se poate totdeauna pe o pyelografie diferenţia o pyonefroză bacilară de una nebacilară.

V. Blum neagă cu totul val. acestui procedeu p. diagnosticul tuberculozei renale. Plotkin deasemenea. M. Negro după numeroase cercetări, susţine că în forma incipientă, unde primul focar conzistă esenţial din granulaţii localizate, fie în substanţa corticală, fie la papile şi în cari basinetul şi ureterul nu sunt lezate, pyelograma este absolut negativă, tot aşa e negativă în toate formele zise închise din cari există caverne în mijlocul paremchymului renal, fără comunicaţie cu basinetul. Modificările capacităţii basinetului şi calicelui pe care pyelograma poate să le puie în evidenţă, nu prezintă nimic caracteristic, căci şi alte afecţiuni pot da dilataţii. Din contră în formele pyelice unde leziunile încep în basinet şi la papile şi dau loc la deformaţii precoce a acestor organe, pyelograma poate să aibă valoarea sa, dar totdeauna relativă. In aceste cazuri basinetul este în general dilatat şi papilele au pierdut forma lor, fiind

Scanned with OKEN Scanner

scobite de eroziuni şi ulceraţii. Insă acest rezultat e adesea greu de diferenţiat de hydronefroze, deşi la aceste imaginea e mai dreaptă, mai netă, şi e şi mai greu de diferenţiat de alte leziuni renale infectate, cum sunt pyonefrozele sau nefritele,în cari basinetul şi ureterul sunt dilatate, papilele turtite şi adesea ulcerate. In forma tuberculozei renale pe care o întâlnim mai frecvent, adică forma pyelonefretică ulcero-cazeoasă s'ar fi putut spera ca pyelograma să prezinte mai mare valoare din p. de vederc diagnostic cât şi p. a aprecia întinderea leziunilor. Insă şi aici valoarea sa e redusă. Imaginea ne arată.

1. Basinetul este aproape totdeauna considerabil dilatat, marginea sa externă se desenează f. neregulat, poate să prezinte toate felurile de deformaţii, ridicături, dinţături, cu părţi rotunjite, clare. Pe lângă asta se văd umbre mai slabe de lichid opac plecând dela această margine şi pătrunzând în corp. paremchymului. Aceste din urmă particularităţi cari indică existenţa de caverne renale, nu sunt însă patognomonice, din contră ele pot să ne inducă în eroare pentru raţiunile următoare după Negro:

1. Cavernele tuberculoase sunt f. adesea umplute de un lichid purulent sau de puroiu a cărei conzistenţă poate să împedice pătrunderea lichidului opac, şi astfel pyelograma nu poate să demonstre, numărul, forma şi mărimea exactă a cavernelor.

2. Nu toate cavernele comunică cu basinetul.

3. Foarte adesea orificiile de comunicaţie intre cavernă şi basinet au un calibru aşa de mic încât lichidul opac nu poate să pătrundă.

După Negro pyelograma poate să ne arate că avem a face cu un proces destructîv, însă nu poate preciza origina procesului, care poate fi de altă natură. El citează cazul unui bolnav care n'a putut fi diagnosticat nici radiografic nici la examen clinic, hystobacteriologic şi funcţional. S'a recurs la pyelografie care a arătat un proces destructiv în paremchymul renal. S'a pus diagnosticul de baciloză renală. Operaţia (nefrectomie) făcută de Marion desminţi diagnosticul. Rinichiul prezenta calculi de marimea unui bob de mazăre situate în caverne în zona papilelor.

Scanned with OKEN Scanner

6. Pyelitele şi pyonefrozele.

Dilataţia zisă inflamatorie în opoziţie cu cea mecanică din hydronefrozele câştigate se observă în 2 cazuri 1) pyelonefrita cu distensiune 2) pyponefroza.

In pyelită, mărimea basinetului şi a calicelor nu atinge nici odată dimensiuni mari şi este câte odată greu să distingem un basinet de pyelită de un basinet normal. De obiceiu există o distensiune, însă ea e mai mult intra renală. Ureterul e cel mai adesea dilatat. Pyelografia, în aceste cazuri, ajută foarte mult, întrucât prin găsirea modificărilor anatomice (dilataţia basinetului, dilataţia ureterului şi îndoirea acestuia, dilataţia calicelor de primul şi al 2-lea ordin) poate da indicaţii terapeutice. O importanţă deosebită o are în pyelita însărcinatelor, unde găsim, mai frecvent decât se crede, o dilataţie a basinetului.

In pyopnefroze, unde există pungi săpate în grosimea parenchymului, e nevoie de o concentraţie mai mare a lichidului opac, care să împregneze puroiul gros. Imaginile sunt foarte variate, câte odată se văd calice cu margini anfractuoase prelungindu-se în paremchymul renal, câte odată un oarecare număr de pungi mai mult sau mai puţin rotunjite. In sfârşit se poate ca puroiul să fie prea gros şi să împiedice pătrunderea lichidului în pungă,

7. Rinichiul polichistic şi chistele rinchiului.

Papin a observat în cazurile studiate. că marginea basinetului şi calicelor erau alungite. Braasch a observat scurtarea sau astuparea unuia sau multor calice şi diformaţia basinetului. In chistele seroase ale rinichiului când sunt voluminoase, basinetul poate să fie deformat şi chiar deplasat; chistul hidatic poate să producă deformaţii analoage însă ceace este mult mai interesant, este cazul chistului hidatic deschis în căile urinare.

8. Cancerul rinichiului, basinetului şi ureterului.

In tumorile abdominale ale hypocondrului, pyelografia permite să distingem tumorile renale de cele ale altor organe. E interesant în aceste cazuri de a se compara conturul tumorii cu marginea basinetului. Papin fixează în acest scop un fir de plumb în jurul tumorii delimitate prin palpaţie. Pyelografia arată în tumorile rinichiului, malformaţii importante ale basinetului, care poate fi coborît, basculat înăuntru sau în afară fie încă lipsit de unul sau mai multe calice fie redus la mici cavităţi în cari lichidul poate să pătrundă, fie din contra dilatat ca o adevărată hydronefroză. Coborârea rinichiului în tumorile mari, deplasează ureterul care descrie o curbă mare cu convexitatea internă. Ioseph recomandă măsurarea unghiului format între ureter şi calicele inferior. Modificarea unghiului face să bănuim o tumoră renală. Tumorile basinetului au adesea o imagine puţin netă. Young, Papin au arătat că în tumorile renale ar exista la nivelul basinetului imagini lacunare determinate de burgeonii neoplazici cari invadează basinetul. Adesea se asociază pyelografia în aceste cazuri cu injecţii de Co_2 în jurul rinichiului pentru a se găsi alteraţiile formii exterioare ale rinichiului şi interioară a basinetului.

9. Pyelografa în litiaza renală şi ureterală.

Pyelografia simplă şi mai cu seamă cea cu sonda opacă, ne dă cunoştinţe importante 1) despre starea aparatului urinar deasupra obstacolului şi 2) despre sediul exact al calculului în rinichi sau în ureter.

Calculul rinichiului. Există umbre renale a căror natură calculoasă este evidentă, se poate chiar după forma lor să ştim sediul exact al calculului (calcul coraliform, calcul triunghiular al basinetului.) Insă în multe cazuri poate să existe îndoială. Nu putem şti dacă o pată presupusă calculoasă este în realitate un calcul al rinichiului. Ne bazăm în general pe topografle (raportul cu scheletul.)

Multe servicii aduce însă şi pyelografia. Prin acest metod se poate determina precis sediul calculului, fie în basinet, fie în

calice, fie în paremchimul renal, se poate demonstra existenţa unei hydronefroze nebănuită, sau alte modificări anatomice suferite de diversele părţi ale aparatului urinar. O radiografie e necesară înainte de pyelografie în cazul unde se presupune existenţa unui calcul. S'a mai încercat injecţia cu oxigen pentru a se arăta basinetul în lumină şi calculul în umbră însă aceste injecţii, cum am mai spus, sunt periculoase. Rezultatele obţinute prin pyelografie sunt foarte importante din punct de vedere al indicaţiilor terapeutice. La indivizii cari au o constantă mediocră şi funcţiunea rinichiului în stare mediocră, pyelografia arată posibilitatea sau inutilitatea unui tratament conservator; astfel prezenţa unei pungi mari cu puţin paremchym, va justifica nefrectomia, dacă funcţiunile renale permit aceasta. De altă parte în cazul unde tratamentul conservator e posibil, s'a putut printr'o mică incizie de nefrotomie să se scoată calculul, a cărui sediu a fost aşa de bine precizat de pyelografie.

Calculii ureterului. In calculoza ureterală, uretero-pyelografia nu are o importanţă mare. Aici radiografia stereoscopică cu sonda opacă dă rezultate foarte bune. Insă pyelografia e necesară fiindcă, dacă lichidul trece, ea ne indică care e starea ureterului şi a basinetului deasupra calculului. Pyelografia ne poate arăta starea rinichiului,când un calcul se găseşte de mult timp în ureter.

10. *Pyelografia la prostatici* ne va arăta, mult mai frecvent decât o credem, dilataţia uretero-pyelitică şi pericolele grave ale pyelonefritelor ascendente.

Publicăm 4 observaţii din clinica D-lui Prof. Amza Jianu împreună cu pyelografiile lor, luate cu bromură de sodiu 25% de D-l Dr. Lăzărescu radiologul clinicii.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAŢIUNI

OBSERVAŢIUNEA I.

Bolnava G. A. 30 ani vine în clinică în luna Martie 1924 pentru dureri în reg. renală dr., piurie şi dysurie cari durează de 1 an. Rinichiul dr. se simte prin palpare. Urina: urme de albumină şi numeroase globule de puroiu. Nu s'a găsit bacili Koch, nici gonococi, K = 0,152. Pyelografia (fig. 1) arată: basinetul dilatat, capacitatea 22 cm. Caliciul inferior scoborît într'un fund de sac, încât orice încercare pentru tratament, de drenare sau spălare a basinetului e imposibilă. Diagnosticul, Pyelonefrită cu distensiunea basinetului.

OBSERVAŢIUNEA II.

Bolnava S. vine la consultaţii în Mai 1925 pentru dureri în reg. lombară dreaptă, dureri ce survin sub formă de crize. La palpaţie se constată mobilitatea rinichiului dr.

Pyelografia (fig. 2) arată o uşoară dilataţie a basinetului şi a calicilor de aceeaşi parte. Capac. basinetală 14 cm. Se mai constată o stenoză a colului basinetal care ar explica distensiunea. Diagnosticul: rinichiu mobil în stadiul prehydonefrotic, indicaţia: pyeloplastie.

OBSERVAȚIUNEA III.

Bolnava M. M.' 22 ani intră în serviciu în luna Ianuarie 1926, pentru dureri în flancul şi hypocondrul drept irradiate în reg. lombare în timpul eforturilor, cedează în repaus. Urina: nu s'a găsit bacili Koch. K = 0,94. Se simte, prin palpare bimanuală şi procedeul lui Glenard, polul inf. al rinichiului care scapă sub mână. Pyelografia (fig. 3) arată: capacitatea basinetală 14 cm. basinetul se întinde intre 1-a lomb. şi apofiza trans. a celei de a 3-a. Imbucătura ureterului pe basinet în unghiu drept. Diagnosticul: rinichiu mobil în stadiu prehydonefrotic.

OBSERVAȚIUNEA IV.

Bolnava E. K. 18 ani vine în clinică în luna Ian. 1925 pentru dureri în reg. lombară şi flancul stg, dureri ce se irradiază în jos spre m. inf. de aceeaşi parte şi spre hypogastru. Durerile survin sub formă de crize şi sunt însoţite de greaţă, vărsături şi hematurii. Urina: nu s'a găsit bacili Koch. La radiografie se observă o pată (calcul) de mărimea unui sâmbure de cireaşă în dreptul porţiunii pelviene a ureterelui. Se mai face radiografia ureterului cu sonda opacă, sonda se suprapune petei observate. La pyelografie (fig. 4) se observă o dilataţie a basinetului şi ureterului. Diagnosticul: litiază ureterală stg. în stadiu prehydronefrotic·

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUZIUNI.

1) Uretero-pyelografia este un metod important de diagnostic în afecțiunile uretero-pyelo-rènale cât și un metod de diagnostic diferențial cu diversele tumori abdominale.

2) Cateterismul ureteral și injecția trebue să fie făcute cu multă blândețe, întrebuințându-se de preferință procedeul buretei, sondele ureterale trebuie să fie de un calibru mic, cari să permită refluxul soluției.

3) Soluția opacă, cea mai întrebuințată, astăzi, este bromura de sodiu (25%) care este superioară celorlalte.

4) Accidentele sunt datorite, în mare majoritate, unei greșeli de technică, în special presiunii prea ridicate.

5) In afecțiunile tuberculoase ale rinichiului, valoarea diagnostică a pyelografiei este redusă, ea poate să arate, cel mult întinderea leziunilor, ceea ce n'are importanță practică.

6) Pyelografia servește mai cu seamă pentru diagnosticul hydronefrozelor și anomaliilor rinichiului și ureterului, dar și diagnosticul rinichiului mobil, al litiazei renale și ureterale, al tumorilor renale, este precizat și ușurat cu această metodă.

7) Este contraindicată în următoarele afecțiuni: maladii cardiace grave, hemoragii recente, infecții acute ale căilor urinare, arterio-scleroză înaintată, insuficiență renală gravă.

Văzută și bună de imprimat

Președintele tezei:
(ss) Prof. Dr. JIANU A.

Decanul Facultății:
(ss) Prof. Dr. THOMA IONESCU

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUSIONS.

1. L'urétéro-pyelographie est une importante méthode de diagnostique dans les affections uretèro-pyelo-renales et aussi une méthode de diagnostique differentiel avec les diverses tumeurs abdominales.

2. Le cathèterisme uretéral et l'injection doivent être conduits avec la plus grande douceur, on préfére, pour l'njection, la burette Mohr, pour le cathèterisme, il faut employer de petites sondes permettant le reflux dela solution.

3. La solution opaque la plus employée aujourd'hui est le bromure de sodium (25%).

4. Les accidents sont dûs, en grande majorité, à une mauvaise technique, specialement à un excès de pression.

5. Dans les affections rénales de nature tuberculeuse, la valeur diagnostique de la pyelographie est trés reduite, elle peut montrer l'étendue des lesions ce qui ne présente pas d'importance pratique.

6. La pyelographie sert spécialement pour le diagnostic des hydronephroses et des anomalies du rein et de l'urétére; mais aussi le diagnostic du rein mobile, de la lithiase rènale et urèterale, des tumeurs du rein, est prècisè et facilitè par cette mèthode.

7. Elle est contre-indiquèe dans les affections suivantes: maladies cardiaques graves, hèmoragies rècents, infections aiguës des voies urinaires, arterio-sclèrose invetèrèe, insuffisance rènale grave.

Vue et bonne à imprimer

Le président de la thèse:
(ss) **Prof. Dr. JIANU A.**

Le doyen de la Faculté:
(ss) **Prof. Dr. THOMA JONNESCO**

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

Bacharad und Hitzenberger (Wien) Pyeloradioscopische Studien (Vhdlg des D. Ges. f. urologie V congres 1921.

Hans Diethen. Die Röntgenuntersuchung des uropoetischen Systems in Rieder-Rosenthal 1921.

Konrad Böhringer. Hematurie nach Natriumbromid bei Pyelographie (Zbl, f. chir. 1922)

Negro. La pyelographie dans la tuberculoze rénale. Journal de urologie No. 5 1924.

Papin. La pyelographie 1921.

Segalizer und Hryntschak. Fortschritte auf dem Gebite der Röntgenstrahlen Bd. XXXI. 1924.

Young and Waters. Pyelography. Premier congrés de la société internationale d'urologie. 1921

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREŞTI

No. 2433

OTITELE MEDII SUPURATE LATENTE LA SUGACI.

TEZA

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Prezentată şi susţinută în ziua de 11 Februarie 1926

DE

VIRGINIA I. CIULIN

BUCUREŞTI

„TIPOGRAFIILE ROMANE UNITE", S. A., Str. Câmpineanu, 9.

1926

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

Decan, D-nul Prof. Dr. TOMA IONNESCU

Profesori titulari:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	*Angelescu C.*
Chimia medicală	„ „	*Athanasescu N.*
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie	„ „	*Bălăcescu I.*
Anatomia patologică	„ „	*Babeș V.*
Bacteriologia și patologia experimentală	„ „	
Istologia normală și Istogeneza	„ „	*Besnea St.*
Medicina experimentală	„ „	*Cantacuzino I.*
Clinica Gynecologică	„ „	*Daniel C.*
Clinica a II-a medicală	„ „	*Danielopol D.*
Anatomia topografică II	„ „	*Gerota D.*
Clinica și teoria obstetricală	„ „	*Gheorghiu N.*
Anatomia topografică I	„ „	*Ionescu Th*
Clinica I chirurgicală	„ „	*Ionescu D.*
Clinica III-a medicală	„ „	*Juvara E.*
Clinica III-a chirurgicală	„ „	*Jianu A.*
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	*Lalu S.*
Farmacologia și materia medicală	„ „	*Meţianu N.*
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	*Marinescu Gh.*
Clinica boalelor nervoase	„ „	*Manicatide M.*
Clinica infantilă	„ „	*Mezincescu D.*
Igiena și poliția sanitară	„ „	*Minovici M.*
Medicina legală	„ „	*Manolescu D.*
Oftalmologia și clinica oftalmologică	„ „	*Nanu-Muscel I.*
Clinica I-a medicală	„ „	*Nicolau St.*
Clinica dermatologică și sifiligrafică	„ „	*Obregia Al.*
Clinica mentala	„ „	*Paulescu N.*
Fiziologia umană	„ „	*Proca Gh.*
Patologia generală	„ „	*Rainer F.*
Anatomia și embriologia	„ „	*Thomescu I. Th.*
Patologia medicală	„ „	*Theohari A.*
Clinica terapeutică	„ „	*Zotta G.*
Zoologia medicală	„ „	

PROFESORI AGREGAȚI:

Medicină operatoare	„ „	*Constantinescu C.*

Președintele Juriului de Promoțiune:

D-l Prof. Dr. MEȚIANU N.

Facultatea consideră opiniunilei expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprimă, nici aprobare, nicidezaprobare.

Tie, Neloegaya

Scanned with OKEN Scanner

Îi mulţumesc mult şi pe această cale **D-lui Profesor Dr. Meţianu N.,** *asigurându-l de cele mai curate sentimente ce i le păstrez pentru marea bunăvoinţă ce mi-a arătat şi pentru onoarea ce-mi face, prezidându-mi această lucrare inaugurală a mea.*

D-lui **Doctor C. Nanu,** *pentru solicitudinea ce mi-a arătat în timpul serviciului medical făcut alături de Domnia-sa şi pentru sfaturile părinteşti date, îi păstrez cea mai deosebită stimă şi respect, asigurându-l că normele de conduită arătate de Domnia-sa în susţinerea luptei pentru existentă nu le-am uitat; baza lor, m'am convins, este:* bunătatea.

D-lui **Dr. Tempea** *îi păstrez, împreună cu soţul meu, cele mai frumoase sentimente de dragoste colegială, mulţumindu-i mult pentru preţioasele indicaţiuni date la facerea acestei lucrări.*

D-lui **D. Câmpeanu,** *fost prefect de Dâmboviţa, împreună cu soţul meu, îi păstrez cele mai curate sentimente, asigurându-l de nelimitatul nostru devotament.*

Tuturor domnilor medici ai Clinicei de Nas, Gât şi Urechi, *cele mai frumoase sentimente.*

Onoratului Juriu de promoţiune *cele mai calde mulţumiri şi omagii respectuoase.*

Părinților neţărmurită dragoste şi respect.

Recunoștință pentru sacrificiile făcute pentru mine.

Multă dragoste surorilor, fraţilor, cumnatei şi nepoatei Ica.

Scanned with OKEN Scanner

Într'o noapte încântătoare de primăvară timpurie ţi-ai luat sborul spre lumea basmelor, Nelvegayo cu două suflete.....

Sunt aproape doi ani de atunci..... Te înalţi mereu.... N'ai obosit încă?... Înalţă-te mai sus, tot mai sus.... şi din lumea visurilor, din lumea basmelor, ocroteşte pe cei cari în visurile lor entuziasie ţi-au dat viaţă.....

Scanned with OKEN Scanner

CONSIDERAŢIUNI GENERALE

ASUPRA

SUPURAŢIILOR URECHII MEDII LA SUGACI

Acum câteva decenii bănuiala, sau constatarea puroiului în urechea medie la sugaci, a fost o chestiune foarte dificilă pentru medici şi numai simptomele obiective i-au putut duce pe calea diagnosticului adevărat. În ultimul timp însă, progrese considerabile au fost realizate pe acest teren restrâns al pathologiei, a cărei importanţă de prim ordin este din ce în ce mai mult pusă în evidenţă, datorită observaţiunilor zilnice.

În cele două congrese de otologie din ultimul timp, unul în anul 1922 la Paris şi altul în anul 1923 în ţară, chestiunea otitelor medii supurate la sugaci s'a discutat mult şi s'a adus multă lumină în această chestiune. Otita medie supurată la sugaci este o maladie mult mai frecventă decât s'ar crede, iar datele statistice, rezultate din cercetările făcute, arată un număr înspăimântător de mare de bolnavi. Imensa majoritate a medicilor şi chiar un mare număr de otologişti ignorează un fapt, şi anume, că numărul sugacilor la autopsia cărora s'a constatat o otită medie supurată, este de 85% până la 95%. Şi aceasta fără să fi suferit în timpul vieţei de vre-o scurgere din ureche.

Scanned with OKEN Scanner

Aceste fapte au fost puse în evidenţă de De Troeltsch în anul 1858 şi confirmate de atunci prin numeroase lucrări şi constatări. Rendu, pe 19 cadavre de sugaci autopsiate, a găsit la 18 cadavre casa timpanului plină de puroi, adică în 94% din cazuri. Un autor din ţară a putut examină timpanul la 41 de sugaci mai mici de şase luni şi la 163 de sugaci mai mari de şase luni; la primii a găsit proporţia de 88% a timpanelor anormale, iar la ultimii proporţia de 81%. După constatările lui, statisticele arată o proporţie variind între 75% şi 99% a sugacilor morţi cu supuraţiuni latente ale urechii, iar media ar fi de 88%.

În faţa acestei proporţii înspăimântătoare, Gruber a exclamat: „Nu pot admite, că natura a aranjat în aşà fel lucrurile, ca organul auditiv al sugaciului să fie mult mai adesea bolnav decât sănătos".

Bacteriologia supuraţiilor urechii medii nu prezintă vre-un interes special. Vom găsì aici, ca şi în alte supuraţiuni, microbi de diferite specii, unii piogeni, alţii nepiogeni. În prima categorie şi în ordinea frecvenţii sunt: stafilococul, streptococul şi pneumococul (după Chatin şi Rendu acesta din urmă ar fi cel mai frecvent) cari pot fi găsiţi singuri, sau asociaţi şi asociaţia cea mai frecventă — după constatările făcute de Chatin şi Rendu — este: pneumococ şi stafilococ. În a doua categorie sunt: bacilul Koch, bacilul Klebs-Loeffler şi microbul piocianic, la cari se adaogă speciile proprii fermentaţiunilor putride, în cazurile unde puroiul e fetid. Poarta de intrare a microbilor în majoritatea cazurilor este cavitatea naso-faringiană, unde ei se pot găsì în stare normală, gata de a intrà în luptă sub influenţa unei cauze pathogene determinante (maladie infecţioasă), sau sub influenţa acţiunii frigului.

Având în vedere frecvenţa extraordinară a leziunilor urechii medii la sugaci, se pune întrebarea — şi în

mod firesc, — de ce această maladie în majoritatea cazurilor rămâne necunoscută şi numai autopsia o poate relevà? Răspunsul e simplu: 1) pentrucă sugaciul este incapabil să ne indice durerea şi localizarea ei, şi 2) pentrcuă la sugaci perforaţia spontană a timpanului este cu totul excepţională, pe când la un adult este aproape regulă când maladia nu este tratată.

Scanned with OKEN Scanner

ETIOLOGIE

Etiologia otitelor medii supurate la sugaci este foarte complexă, totuşi cauzele pot fi grupate în următoarele trei categorii mari: I. Cauze predispozante, a căror influenţă este indiscutabilă asupra desvoltării maladiei; II. Cauze locale; şi III. Cauze generale. Cauzele predispozante la rândul lor pot fi împărţite în alte categorii mai mici şi anume: 1. Cauze anatomice, ştiind că anatomia urechii medii la această vârstă diferă de aceea dela o vârstă mai înaintată; 2. Cauze fiziologice; 3. Cauze humorale; şi 4. Cauze naso-faringiene.

I. Cauzele predispozante.

1. *Cauze anatomice.* Pe când la adult trompa lui Eustache are o lungime de 36—40 mm. şi este relativ strâmtă, la sugaci lungimea ei nu este decât de 15—18 mm. şi relativ largă, constituind deci o cauză de prim ordin pentru infectarea urechii medii, având în vedere comunicaţia uşoară şi largă a acesteia din urmă cu cavumul naso-faringian prin trompă. Partea cartilaginoasă îi este mult mai mică decât partea membranoasă, care e mult mai desvoltată. Pe pereţii casei timpanului şi ai antrului perzistă până la sfârşitul primului an al vieţii un ţesut mucogelatinos de structură embrionară,

constituind un mediu excelent pentru pulularea bacililor penetraţi în această cavitate. Timpanul este îngroşat şi se congestionează în timpul ţipetelor copilului. O altă dispoziţie anatomică explică frequenţa transmisiunii infecţiei la os, dând mastoiditele; osul temporal în această perioadă a vieţii este în plină activitate de desvoltare şi într'o stare de congestionare continuă. Este foarte uşor de înţeles deci, că această stare de congestie a lui, în loc să constitue o armă contra infectării, îl predispune mai mult.

2. *Cauze fiziologice.* În momentul expulsiunei prin contracturile uterine, lichidul amniotic poate străbate până în urechea medie, unde se pot găsi şi celule vaginale, iar din cauza fenomenelor de rezorbţiune cari se produc în această epocă a vieţii, la nivelul casei timpanului, care este în plină activitate, microbii găsesc terenul propice pentru grefare, desvoltare şi pululare.

3. *Cauze humorale.* Sugaciul — cum e şi firesc, — este într'o stare mult inferioară de imunitate, iar urechea medie a lui este un depozit de infecţie.

4. *Cauze naso-faringiene.* Predispoziţia la otită poate fi creiată de toate afecţiunile naso-faringiene jenând aerisirea casei timpanului prin trompă, deci punând mucoasa într'o stare de congestie obişnuită şi făcând-o aptă pentru a se inflamă la cea mai neînsemnată cauză. În această ordine de idei vegetaţiile adenoide ale faringelui joacă un rol preponderent şi în faţa unei otite medii supurate a cărei cauză nu este evidentă, întotdeauna trebue să bănuim vegetaţiile adenoide şi să facem deci examenul naso-faringelui.

II. Cauze locale.

Dintre cauzele locale, în primul rând trebue să amintim faringita „a frigore", care prin intermediul trompei lui Eustache venind în contact cu casa timpanului, poate provocă o congestie şi o infecţie a acesteia

din urmă. O altă cauză de infecţiune, tot pe această cale, este datorită şi obiceiului copiilor până la vârsta de 2 ani, de a duce la gură orice obiect găsit pe jos. Bacilii de pe aceste obiecte se plasează pe mucoasa naso-faringiană şi în urma unor cauze determinante pot înaintă treptat-treptat dealungul mucoasei până la casa timpanului, putând — teoreticeşte — produce o infecţie. Foarte rară este infecţia urechii medii prin conductul auditiv extern, pentrucă în această parte este apărată de membrana timpanului şi cred, că fără o ruptură a acesteia din urmă printr'un corp strein sau prin încercările greşite de a extrage acest corp strein, infecţia pe această cale este aproape o imposibilitate.

III. Cauze generale.

Acestea sunt maladiile infecţioase, cari exercită asupra urechii o acţiune care nu este întotdeauna uşoară de analizat. Câteodată această acţiune este directă, determinantă şi n'are nevoie de concursul unei alte cauze adjuvante. Asemenea acţiune are: gripa, eryzipelul, scarlatina, rugeola, tusea convulsivă, febra tifoidă, syfilisul, dar mai ales tuberculoza, care după cercetările şi constatările diferiţilor autori se localizează mult mai des decât s'ar crede la nivelul urechii medii, provocând şi o gangliofimie în partea urechii atacate. Toate aceste maladii infecţioase pot infectă uşor casa timpanului prin intermediul faringelui şi imprimându-i fiecare o gravitate sui-generis infecţiunii.

Pneumonia nu poate fi considerată drept o cauză a otitei medii supurate. Când cele două leziuni, pulmonară şi a urechii, coincid, ele trebuesc considerate ca două localizări diferite şi două efecte ale unei cauze comune de infecţie.

ANATOMIA PATOLOGICA

Membrana care tapisează cavitatea urechii medii, este o mucoasă. Faptul este îndeajuns demonstrat prin continutiatea sa cu mucoasa faringiană, prin epiteliul cilindric cu cili vibratili cari o acoperă şi prin glandele — puţin numeroase, e adevărat — pe cari le conţine. Leziunile anatomo-histologice provocate de otita supurată latentă la sugaci, în unele cazuri interesează numai această mucoasă, deseori însă, aşi puteà zice chiar în majoritatea cazurilor leziunea trece şi la osul subjacent, necrozându-l, şi aceasta mai ales în infecţiunile datorite scarlatinei, difteriei sau rugeolei. În aceste cazuri infiltraţia mucoasei este foarte rapidă şi foarte intensă, într'atât, că dela început este compromisă şi vitalitatea părţilor osoase subjacente dând necroze fie la nivelul peretelui labirintic, fie la nivelul oscioarelor, cari pot fi eliminate în bloc chiar în primele zile ale maladiei. Din fericire, această complicaţie este rară.

Renaud, făcând autopsie sistematică, în serii continue la 70 sugaci, la toţi a găsit o supuraţie întinsă nu numai a urechii medii, ci şi a stâncii, otita nefiind tratată în timpul vieţii dcât la 30 sugaci. Toţi aceşti sugaci au prezentat în timpul vieţei aceleaşi simptome: diarhee verzue şi vărsături cu o cachexie progresivă.

Renaud, bazat pe aceste constatări, susţine că otitele şi supuraţiile latente ale stâncii sunt aproape exclusivele cauze ale morţii sugacilor, ele fiind leziuni cari pot explică îndeajuns moartea, cu atât mai mult, că rare ori sunt unilaterale, aproape întotdeauna interesând ambele părţi, manifestându-se sau printr'o evoluţie acută şi rapidă, sau printr'o stare torpidă, evoluând prin pusseuri succesive şi producând o emaciaţie progresivă. Ca rezultat al acestor constatări, susţine că în otitele medii supurate latente la sugaci este vorba întotdeauna nu numai de o inflamaţie superficială şi uşoară a trompei şi casei timpanului, dar şi de o osteomyelită a stâncii desvoltată în jurul cavităţilor urechii.

Astfel se prezintă situaţiunea anatomo-pathologică în cazurile mortale, în acele cazuri însă, unde maladia evoluează spre o vindecare spontană, leziunile sunt limitate doar la mucoasă, aceasta prezentându-se considerabil îngroşată, congestionată şi cu aspect fongos. Examenul microscopic al secţiunilor făcute perpendicular pe suprafaţa mucoasei astfel inflamată, arată o grosime de trei, patru sau chiar de mai multe ori mărită, vasele sale enorm dilatate, iar ţesutul infiltrat de celule mici rotunde, granuloase, cari tind spre suprafaţa ei, sub formă de leucocite după exfolierea epiteliului.

Scanned with OKEN Scanner

SIMPTOMATOLOGIE

Gomperz zice: „Câte nenorociri ar puteà fi evitate, dacă am examinà urechile sugacilor de fiecare dată, când ei suferă, au temperatură, sunt agitaţi sau prezintă simptome cerebrale!“, iar Comby este de părere, că medicul întotdeauna trebue să se gândească la ureche, când un sugaci este bolnav.

Din cauza fenomenelor de rezorbţiune ce se produc la nivelul casei timpanului în această perioadă a vieţii, procesul patologic diferă de cel obişnuit, maladia având câteodată caractere meningitiforme, din cauza legăturilor circulatorii strânse la această vârstă între mucoasa casei timpanului şi endocraniu, pereţii osoşi fiind subţiri şi dehiscenţele dând o hiperemie a durei mater, traducându-se prin vărsături bilioase, convulsiuni clonice, etc....., dacă timpanul nu cedează sau noi nu intervenim la timp prin paracenteză. Simptome proprii otita medie supurată latentă la sugaci nu are, iar simptomele generale cele mai des întâlnite sunt diarhea verzue (din cauza piofagiei), simptome de bronchopneumonie şi câte odată un gest al micului bolnav de a-şi duce mâna la ureche (instinct de apărare). Cei mai mulţi dintre medici, în faţa unui sugaci bolnav, bănuesc leziuni ale căilor respiratorii şi în această privinţă este foarte nime-

rit să amintesc aici, că Rasch a găsit la autopsia mai multor sugaci sucombaţi cu fenomene de broncho-pneumonie, în 99% din cazuri leziuni grave otitice. Şi dacă ultimele momene ale micului bolnav au fost turburate de fenomene cerebrale, nu trebue să uităm că Wreden a constatat că toate meningitele supurate la sugaci sunt de natură otitică. Simmands a găsit la atrepsici leziuni renale consecutive otitelor. Raynaud (şedinţa Soc. de Medicină a Sp. din Paris, Oct. 1921) a arătat, că la 70 atrepsici de 70 ori a găsit leziuni grave ale urechii şi timpanului şi zice: „Istoricul clinic foarte banal al acestor sugaci a fost acelaş, ei murind în majoritatea cazurilor cu antecedente încărcate, într'o stare de higienă care lăsă mult de dorit. Toţi au intrat în spital cu un sindrom mai mult sau mai puţin acut, cu vărsături, cu diarhee verzue, de un aspect adesea disenteriform. Ei au fost mult slăbiţi, prezentând semnele unei stări toxi-infecţioase de o gravitate variabilă, şi toţi 70 murind, la nici unul nu s'a putut constată o leziune mai importantă în afara leziunii urechii medii.

Această formă latentă foarte gravă, după cum am spus, nu are un istoric sau o simptomatologie clinică: urechea nu curge aproape niciodată şi timpanul rămâne neperforat. Caracteristica generală a acestei maladii este starea generală gravă, starea locală otorrheică nulă, sau minimă şi leziunile vaste ale temporalului (Wreden, Marcos Stemberger, Salamo).

Unul din simptomele foarte des observate la sugacii cu otită medie latentă supurată, este diarrhea acompaniată cu vărsături datorite piofagiei sugaciului. Cum se produce această piofagie? *Cavum-ul sau rhino-pharinxul este un quasi-caecum al căii respiratorii, iar urechea mijlocie îi este apendice acestui caecum.* Urechea medie, după cum reiese din cele relatate până în prezent, nu este sterilă şi prima congestie o are în momentul ex-

pulsiunii foetusului, când lichidul amniotic pătrunde în urma contracturilor uterine în urechea medie. Aceasta este otita prin corp strein a lui Asch. În urma infecţiunilor date mai ales de microbii din naso-faringe se stabileşte o otită medie latentă cu care organismul sugaciului se acomodează, iar puroiul, dat fiind perforaţia spontană rară a timpanului la această vârstă, se scurge prin trompa scurtă şi largă în cavum, micul bolnav devenind astfel piofag, iar organismul lui caută a se imuniză şi a luptă contra toxinelor şi a microbilor, pentru a împiedecà producerea unei bacteriemii cronice, aceasta însă în majoritatea cazurilor devine un fapt împlinit, din cauza atrepsiei intestinale.

La examenul otoscopic făcut cu un speculum scurt şi de un calibru variind între $1^1/_2$—4 mm. şi la o lumină cât se poate de vie, avem următoarele rezultate: membrana timpanului mată, se prezintă foarte puţin modificată atunci când puroiul este în cantitate mică; când însă cantitatea puroiului se măreşte, timpanul se congestionează la început, devenind încetul cu încetul bombat — semn aproape sigur în cazuri unilaterale — şi de o culoare gălbue, trădând puroiul care infiltrează ţesuturile. O perforaţie spontană a timpanului se produce foarte rar la sugaci în otitele medii supurate latente, iar în cazurile unde s'a produs a fost datorită acumulării extrem de mari a puroiului în ureche. Perforaţia timpanului este în general critică în evoluţia maladiei: durerea încetează ca prin farmec atunci când copilaşul simte scurgerea puroiului în afară. Acest moment este mai ales evidenţiat la copiii mici; îi vedem cum se calmează, îşi recapătă vioiciunea, noaptea dorm profund, pe când o pată gălbue pe pavilionul urechii lor la partea externă a conductului auditiv ne dă explicaţia acestei schimbări în felul lor de a fi. Paralel cu dispariţia durerii scade şi temperatura, devenind încetul cu

auzitul normală şi totodată dispar şi celelalte simptome reacţionale.

Perforaţia timpanului făcută, otita poate să evolueze în diferite feluri, după cazuri şi gravitate. În marea majoritate a cazurilor supuraţia abondentă la început, diminuă progresiv până când după două sau trei săptămâni încetează, perforaţia cicatrizându-se şi otita poate fi considerată vindecată. În alte cazuri vindecarea se produce cu o diminuare a auzului, probabil din cauza aderenţelor, îngroşărilor produse la nivelul oscioarelor sau a ferestrelor. În alte cazuri vindecarea poate să se producă tot în mod spontan, însă rămânând o perforaţie perzistentă a timpanului, probabil în urma proceselor de necroză produse pe marginea perforaţiei. Consecinţa: diminuarea auzului şi posibilitatea infectării directe a urechi medii prin conductul auditiv extern. În alte cazuri se poate produce o infecţie mastoidiană sau chiar a endocraniului apărând simptomele indiscutabile ale acestei infracţiuni din urmă: cefalalgie, vărsături bilioase, etc....

În fine, altă terminaţiune este trecerea la o stare de cronicitate, când cu toate metodele de tratament întrebuinţae, supuraţia se produce într'un mod exasperant.

DIAGNOSTIC

Stabilirea precisă a diagnosticului otitelor medii supurate latente la sugaci, întâmpină mari dificultăţi, din cauza lipsei totale de simptome proprii. Cu toată frecvenţa ei extremă, maladia rămâne necunoscută în cele mai multe din cazuri, pentrucă: 1) sugaciul este incapabil de a ne indică sediul principal al durerilor ce le are; şi 2) perforaţia spontană a timpanului la el e foarte rară, din cauză că puroiul în loc să traverseze timpanul perforându-l, se scurge prin trompa scurtă şi largă în tubul digestiv, făcându-l — după cum am arătat la simptomatologie, — pe micul bolnav un adevărat piofag.

Pentru punerea diagnosticului otitelor medii supurate latente la sugaci, Robert Rendu, la Congresul internaţional de Otologie din 1922, la Paris, a preconizat ideia punctiunii aspiratrice a timpanului, a lui Maurice Renaud, operaţiune ce a fost combătută de unii congresişti (Le Mée), ca fiind puţin indicată în cazurile unde n'ar există puroi, putând produce o infectare a urechii medii atât prin conductul auditiv, cât şi prin aspiraţiunea de mucozităţi din naso-faringe. Rendu însă susţine că aspiraţiunea de mucozităţi în urechea medie nu poate să se producă având în vedere că la o infimă

cantitate de puroi constatată (mai puţin de 1 mm³), suspendăm aspiraţiunea şi în locul puncţiunei facem o paracenteză prevenind astfel o complicaţie generală cu punct de plecare otitic, complicaţie care producându-se, pune în pericol viaţa micului bolnav. Concluzia lui Rendu este, că acest procedeu ar trebuì întrebuinţat în toate serviciile medicale de sugaci, unde ar urmà să fie indicat în toate cazurile când medicii s'ar găsì în faţa unui sindrom infecţios datorit unei cauze criptogenetice, însoţit sau nu de simptome bronşitice, gastro-intestinale sau convulsive.

Diagnostic diferenţial ar puteà fi cu un furoncul al conductului auditiv extern, examenul otoscopic însă ne pune pe calea adevăratului diagnostic. O altă maladie care ar puteà să înşele medicul este meningita şi sunt cazuri, unde după un diagnostic de meningită s'a văzut maladia vindecându-se spontan, spre mirarea nu atât a familiei, cât a medicului. Şi aceasta numai datorită scăpării din vedere de a examinà urechea.

Diagnostic diferenţial mai poate fi şi cu angina retro-nasală. Timpanul în otitele supurate latente bombează în conductul auditiv extern; când această bombare este unilaterală, atunci diagnosticul e uşor de pus, când însă bombarea fără o altă caracteristică a timpanului (roşeaţă, paliditate, etc...) este bilaterală, nu trebue confundată otita cu o simplă reacţie catarală de origină faringiană, accentuarea unui simptom care a fost descris ca patognomonic al anginei retro-nasale.

PRONOSTIC ŞI COMPLICAŢIUNI

În ceeace priveşte pronosticul otitelor medii supurate latente la sugaci, el este benign în cazurile, unde leziunile sunt limitate doar la mucoasă — şi în aceste cazuri maladia evoluează aproape neobservată spre o vindecare spontană, — în marea majoritate a cazurilor însă el este foarte serios şi hereditatea sifilitică sau bacilară îl fac în aproape totalitatea cazurilor fatal.

Gravitatea pronosticului este datorită în primul rând frecvenţei transmisiunei infecţiunei nu atât la stâncă şi osul temporal, în plină activitate de desvoltare la această epocă, ci mai mult transmisiunei infecţiei la endocraniu, din cauza legăturilor strânse vasculare — amintite, — dintre urechea medie şi dura mater.

O complicaţie foarte frecventă este şi mastoidita, din cauza legăturilor strânse şi largi între mastoidă şi urechea medie, iar intervenţiunea pentru trepanarea mastoidei trebue făcută cât de repede posibil, pentru evitarea oricărei complicaţiuni.

Pronosticul quoad functionem este deasemenea serios în formele latente, cari în 90% din cazuri sunt bilaterale. Mulţi surdo-muţi poate acestui fapt îi datoresc infirmitatea lor.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENT

Tratamentul otitelor medii supurate latente la sugaci este: 1) *profilactic;* şi 2) *curativ.*

1. *Tratament profilactic.* — Rolul medicului este ca să dea instrucţiunile necesare familiei pentru a feri noul născut de infecţiuni şi a-i menţine urechea într'o stare de curăţenie excelentă. Sugaciul trebue ţinut departe de orice persoană gripată sau cu coriză, pentru a-l feri de transmisiunea maladiei. Pe cât se poate, să nu fie ţinut în decubitus dorsal, iar în timpul alăptării să fie ţinut în poziţie verticală. La cele mai mici semne de coriză apărute să i se facă instilaţiuni nazale cu collargol $^1/_{25}$, sau gomenol 1-2%.

2. *Tratament curativ.* — Când leziunile otitei sunt limitate doar la mucoasă, maladia în majoritatea cazurilor se vindecă în mod spontan, când însă leziunile interesează şi ţesutul osos subjacent şi diagnosticul precis este pus, chestiunea intervenţiunei terapeutice este foarte importantă şi neglijarea terapeutică a afecţiunii poate duce la complicaţiuni grave şi chiar fatale, prin infectarea endocraniului. În cazurile când puroiul este diagnosticat în urechea medie, datoria noastră este ca să-i facem loc de eşire printr'o paracenteză a timpanului. Este singurul calmant eficace şi singurul mijloc

de a prevenì gravele complicaţiuni ale otitei. Întârzierea acestei intervenţiuni nu poate aduce decât prelungirea inutilă a suferinţelor copilului şi favorizarea propagării infecţiunii la endocraniu, dacă timpanul nu se perforează în mod spontan—ceeace se întâmplă însă foarte rar.

Operaţia perforării timpanului fiind dureroasă, procedăm la o anestezie prealabilă a lui. Soluţia care se întrebuinţează este următoarea (Sol. Bonain) :

Rp.

Acid fenic pulv. pur.	1 gr.
Menthol	1 »
Chlorhidrat de cocaină . . .	1 »
Chlorhidrat de adrenalină în natură .	0,001 mgr.

Acest amestec bine preparat are aspectul unui lichid sirupos. Se aplică direct pe timpanul în prealabil uscat şi intervenţia o facem atunci, când culoarea timpanului a devenit de un alb mat. Trebue să ne oprim aici, pentrucă acidul fenic poate aveà o acţiune necrozantă asupra membranei. Altă soluţie pentru anestezia timpanului este aceea a Profesorului Citelli, care pretinde că este un anestezeic excelent şi prin ea se evită durerile intense cari urmează paracentezei. Această soluţie este următoarea :

Rp.

Menthol	2 gr.
Oleu de vaselină pură .	100 »
Chloreton	2 »

Paracenteza trebue făcută pe cât de larg posibil la locul de electie, care corespunde regiunei postero-inferioare a membranei. Timpanul fiind deschis şi conţinutul casei timpanului evacuat şi prin insuflaţiunile de

aer repetate, primele indicaţiuni ale tratamentului sunt îndeplinite. De aici încolo trebue să asigurăm scurgerea continuă a puroiului, iar pentru complectarea tratamentului instilăm în ureche o soluţiune de glicerină fenicată astfel formulată :

Rp.
Glicerină pură . . . . . 40 gr,
Acid fenic cristalizat . . 1 «

Soluţie, care în afară de proprietăţile antiseptice are şi o acţiune sedativă asupra durerilor cari pot urmà incziunii timpanului şi o putere de diluare a puroiului.

Când perioada durerilor a trecut şi cantitatea puroiului scurs a diminuat mult, glicerina fenicată este înlocuită cu apă oxygenată 12 volume şi insuflaţii de pudră de acid boric. Pansamentele pot fi rărite; iar când după un interval de trei zile gaze-ul este retras perfect uscat din ureche şi pudra de acid boric se găseşte încă în fundul conductului, otita o putem considerà vindecată. Refacerea timpanului, dacă nu s'a produs până în acest moment, e o chestiune de numai câteva zile, iar în timpul acestor zile e bine să recomandăm antura-jului copilului să-l ţie cu un mic tampon de vată în ureche, pentru evitarea oricărei infecţiuni din afară.

OBSERVAȚIUNI

1. O fetiță în vârstă de 1 an și jumătate este adusă la consultațiuni, trimisă dela Spitalul de copii, pentru un examen auricular.

Antecedentele personale și heredo-colaterale nu prezintă nici o importanță din punct de vedere clinic. De aproape o săptămână de zile are febră mare și fenomene meningitice, cari ne fac să bănuim existența unei otite latente devenită acută, provocând simptomele meningitice.

Examenul otoscopic. — După o spălătură prealabilă a ambelor urechi pentru evacuarea unei cantități destul de apreciabile de celule epiteliale descuamate și sebum, făcând examenul otoscopic cu speculumul de cel mai mic calibru, remarcăm timpanul stâng în stare normală, cel din dreapta însă foarte congestionat. Procedăm imediat la paracenteză, care produce dispariția fenomenelor grave. Se institue o scurgere abondentă din urechea paracentezată, care durează 10-14 zile. După aceea timpanul își reià aspectul normal și în câteva zile se vindecă complect.

E vorba aici de o otită medie latentă, care în urma paracentezei făcute și a puroiului scurs, a evoluat spre o vindecare complectă.

CONCLUZIUNI

1. Otita medie supurată latentă la sugaci este o maladie mult mai frecventă, decât s'ar crede şi statisticele diferiţilor otoloigşti cari au făcut autopsia sugacilor arată o frecvenţă înspăimântătoare, variind între 75% şi 95% a sugacilor morţi cu leziuni ale urechii medii.

2. La noii născuţi, din cauza fenomenelor de rezorbţiune ce se produc la această epocă a vieţii, la nivelul casei timpanului, procesul patologic al otitelor diferă de a celor obişnuite la o vârstă mai înaintată.

3. Otita medie latentă la sugaci este în general malignă şi provenită în urma unei maladii infecţioase sau „a frigore". Malignitatea ei se datoreşte faptului că infecţiunea se transmite şi la osul subjacent, necrozându-l, mai ales temporalul fiind interesat, care la această epocă este în plină activitate de desvoltare şi foarte congestionat.

4. Când leziunile sunt limitate numai la mucoasă, maladia este benignă şi evoluează spre o vindecare spontană.

5. Perforaţia spontană a timpanului la sugaci este foarte rară, din cauza dispoziţiei anatomice a trompei lui Eustache, care fiind scurtă şi largă, puroiul se scurge

în cavum-ul naso-faringian, sugaciul devenind un adevărat piofag.

6. Terapeutica este operatorie şi intervenţiunea trebue făcută cât mai repede posibil, pentru evitarea transmisiunei infecţiei la endocraniu.

Văzută şi bună de imprimat.

Preşedintele tezei,
(ss) **Prof. Dr. Meţianu N.**

Decanul Facultăţei,
(ss) **Prof. Dr. TOMA IONNESCU**

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUSIONS

1. L'otite moyenne suppurée latente chez les nourrissons est une maladie beaucoup plus fréquente, que l'on ne l'a crû et les statistiques des différents otologistes, qui ont fait l'autopsie des nourrissons indique une effroyante fréquence variant entre 75% et 95% des nourrissons morts avec des lésions d'oreille moyenne.

2. Chez les nouveaux nés à cause des phénomènes de résorption qui se produisent à cette époque de la vie au niveau de la caisse du tympan, le procès pathologique des otites diffère de ceux habituels à une époque plus avancée de la vie.

3. L'otite moyenne suppurée latente chez les nourrissons est en général maligne et provenue à la suite d'une maladie infectieuse, ou „à frigore". Sa malignité est dûe au fait, que l'infection se transmet aussi à l'os soubjacent en le nécrosant, souvent le tèmporal étant interessé, qui à cette époque de la vie est en pleine activité de dévelopement et trés congestioné.

4. Quand les lessions sont limitées seulement à la muqueuse, la maladie est bénigne et elle évolue vers une guérison spontanée.

5. La perforation spontanée du tympan chez les nourrissons est extrèmement rare à cause de la disposition

anatomique de la trompe d'Eustache, qui étant courte et large, le pus coule dans le cavum naso-pharingien, le nourrisson devenant un vrai pyophage.

6. La thèrapeutique est opératoire et on doit faire l'intervention aussi vite que possible, pour éviter la transmission de l'infection à l'endocrâne.

Vue et bonne à imprimer.

Le Président de la thèse
(ss) **Prof. Dr. Metziano N.**

Le Doyen de la Facultée
(ss) **Prof. Dr. THOMAS IONNESCO**

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

Chatin et Rendu: Fréquence et gravité des otites latentes chez les nourrissons d'après 19 observations.

Laurens: Oto-rhino-laringologie.

H. Luc: Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne et des cavités accessoires des fosses nasales et sur leurs complications intra-craniennes.

Le Mée: L'otite latente et l'otite méconnue chez le nourrisson et dans la première enfance.

Le Mée: Diagnostic et fréquence de l'otite latente chez le nourrisson et chez l'enfant.

Jean Piquet: Formes rares de méningites otitiques.

Rendu: De la ponction aspiratrice du tympan dans le diagnostic de l'otite du nourrisson.

Rendu: Otite moyenne purulente latente du nourrisson.

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 2428

RELAȚIUNILE DINTRE PUERPERALITATE ȘI TUBERCULOZA ORGANELOR GENITALE

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută în ziua de 11 Iulie 192 6

DE

IOAN CIULIN

BUCUREȘTI
ATELIERELE GRAFICE „RAMPA"
31 Calea Victoriei 31

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

Decan: D-nul Prof. Dr. Thoma Ionescu

Profesori titulari:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	*Angelescu C.*
Chimia medicală	„ „	*Athanasescu N.*
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie	„ „	*Bălăcescu I.*
Anatomia patologică)	„ „	*Babeș V.*
Bacteriologia și patologia experimentală)		
Istologia normală și Istologineză	„ „	*Beznea St.*
Medicina experimentală	„ „	*Cantacuzino I.*
Clinica ginecologică	„ „	*Daniel C.*
Clinica II-a medicală	„ „	*Danielopol D.*
Anatomia topografică II	„ „	*Gerota D.*
Clinica și teoria obstetricală	„ „	*Gheorghiu N.*
Anatomia topografică I)	„ „	*Ionescu Th.*
Clinica I chirurgicală)		
Clinica III-a medicală	„ „	*Ionescu D.*
Clinica III-a chirurgicală	„ „	*Juvara E.*
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	*Jianu A.*
Farmacologia și materia medicală	„ „	*Latu S.*
Clinica boalelor Oto-Rino-Laringologice	„ „	*Meţeanu N.*
Clinica boalelor nervoase	„ „	*Marinescu Gh.*
Clinica infantilă	„ „	*Maticatide M.*
Igiena și poliția sanitară	„ „	*Mezincescu D.*
Medicina legală	„ „	*Minovici M.*
Oftalmologia și clinica oftalmologică	„ „	*Manolescu D.*
Ciinica I-a medicală	„ „	*Nanu-Muscel I.*
Clinica dermatologică și sifiligrafică	„ „	*Nicolau ȘT.*
Clinica mentală	„ „	*Obrejea A.*
Fiziologia umană	„ „	*Păulescu N.*
Patologia generală	„ „	*Proca Gh.*
Anatomia descriptivă și Embriologia	„ „	*Rainer Fr.*
Patologia medicală	„ „	*Thomescu I. Th.*
Clinica terapeutică	„ „	*Teohari A.*
Botanica medicală	„ „	*Vlădescu M.*
Zoologia medicală	„ „	*Zotta G.*

PROFESORI AGREGAȚI:

Medicina operatoare	D-l Dr.	*Constantinescu C.*

Președintele Juriului de Promoțiune

D-l Profesor Dr. C. DANIEL

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici aprobare nici dezaprobare.

Scanned with OKEN Scanner

IN MEMORIA TA, MAMA, MOARTA IN FLOAREA VARSTEI, SI IN MEMORIA TA, TATA, IUBITI PARINTI, CARI ATI DUS CU VOI IN MORMANT DORUL DE A-L VEDEA PE UNICUL VOSTRU FIU AJUNS LA SITUATIUNEA DE ASTAZI.

Scanned with OKEN Scanner

D-lui **PROFESOR DOCTOR C. DANIEL,** de toţi iubitul şi stimatul Maestru şi neobosit Şef al Clinicei Gynecologice din Bucureşti, pentru preţioasele cunoştinţe şi indicaţiuni date şi pentru solicitudinea ce întotdeauna mi-a arătat, îi păstrez cele mai curate şi sincere sentimente de admiraţiune şi respect.

Tuturor domnilor medici ai Clinicei Gynecologice cele mai frumoase sentimente de dragoste colegială.

Onoratului juriu de promoţiune cele mai respectuoase omagii.

Domnului Doctor C. Nanu, pentru blândeţea, bunătatea şi sfaturile părinteşti date celei care astăzi îmi este nedespărţită tovarăşe în viaţă, îi păstrez cel mai profund respect, asigurându-l de nelimitatul meu devotament şi stimă ce-i port.

Domnului Doctor Al. Şoimaru îi exprim şi pe această cale cele mai călduroase mulţumiri pentru sfaturile date şi-l asigur, că bunătatea ce întotdeauna mi-a arătat, a lăsat urme cu neputinţă de şters în inima mea.

Prietenilor şi colegilor de studii amintiri nestерse.

Neţărmurită dragoste părinţilor-socri:

D-nei şi D-lui HARALAMBIE ŞEICARU

Cele mai frumoase sentimente de dragoste frăţească sinceră cumnatelor şi cumnaţilor:

D-nei şi D-lui PAMFIL ŞEICARU

multă dragoste micului lui odor; „băiatului tatei: **Ica.**

MARIOAREI, EUGENIEI şi lui COSTICĂ ŞEICARU

Tuturor rudelor cele mai frumoase sentimente. D-lui profesor **Ioachim Dabiciu,** celui mai mic şi mai iubit dintre unchi, **„Uichiţu",** pentru bunătatea ce mi-a arătat-o în toate ocaziunile, atât eu, cât şi soţia mea, îi păstrăm cele mai calde sentimente de nepoţi şi prieteni adevăraţi.

Prietene sincer, **Coriolan,** nu te-am uitat. Şi dacă soarta n'a hărăzit, ca firele vieţii noastre să fie împreună împletite, legăturile de prietenie dintre noi nici depărtarea, nici timpul n'are să le poată rupe.

Vega, pentru tine aceste câte-va rânduri.....
.....Calea vieții e presărată cu spini, și mai mici, și mai mari. Unii oameni îi dau la o parte din calea lor cu bastonul, alții cu toporul, iar alții dispun, ca ei să fie înlăturați și calea netezită.....

Noi, cu mâinile noastre înlăturarăm spinii, cu sudoarea frunții noastre ne netezirăm calea, iar la sfârșitul ei ne aștepta Nelvegayo, basmul minunat, înfiripat în visurile noastre.....

Scanned with OKEN Scanner

I. Considerațiuni Generale
asupra
tuberculozei organelor genitale și a relațiilor acesteia cu puerperalitatea

Semnele clinice ale tuberculozei genitale și în special a celei uterine nu prea avansate nedându-ne nimic caracteristic, ele fiind vàgi și asemănătoare unei metrite obișnuite, tuberculoza organelor genitale în general, și aceea a uterului în special trece neobservată în cele mai multe din cazuri și în majoritatea lor numai autopsia o relevă.

Din această cauză mult timp tuberculoza organelor genitale feminine a fost considerată numai ca o curiozitate în domeniul anatomiei și histologiei pathologice. In ultimele decenii însă în urma cercetărilor experienţelor și a lucrărilor făcute — e adevărat nu prea numeroase. — această entitate morbidă și-a ocupat locul hotărât și definitiv în știința medicală modernă, iar în urma intervenţiunilor chirurgicale asupra organelor genitale și examinarea mai amănunțită a acestora, s'a constatat frecvența relativă a tuberculozei localizată la nivelul acestor organe.

Scriind aceste rânduri îmi reamintesc afirmațiunea lui Sacombe, că sarcina ar constitui un certificat de viață pentru nouă luni, pe care natura i-l dă femeei însărcinate. Certificat de viaţă pentru nouă luni? Poate că da. Nu însă și certificat de imunitate.

precum pretind unii autori. Observând şi examinând mai cu atenţie faptele, s'a putut constata că sarcina nu numai că nu are vre-o acţiune imunitantă asupra maladiilor, ci din contra, pare că le agravează, mai mult, le redeşteaptă pe unele, cari sunt latente. Cazuri de pielită latentă, sau de paludism cronic redeşteptate în timpul sarcinei, dar mai ales după naştere, sunt foarte demonstrative în această privinţă. Tuberculoza în general, dar în special aceea a organelor genitale, dacă este în stare latentă, aproape în totalitatea cazurilor este redeşteptată în urma unei, sau a mai multor sarcini — şi mai ales în aceste din urmă cazuri.

Localizarea tuberculozei la nivelul organelor utero-anexiale — după cum am spus — este mai frequentă decât cum s'ar crede şi dacă diagnosticul nu este totdeauna pus, aceasta se datoreşte faptului că clinicește acest diagnostic este foarte dificil şi numai examenul anatomo-patologic, macro şi microscopic este capabil de a ne da indicaţiunea precisă. Ori care ar fi forma leziunilor din punct de vedere anatomo-patologic, acestea sunt susceptibile, ca la un moment dat sub influenţa diverşilor factori locali sau generali să evolueze fie în sensul unei pseudo-vindecări spontane sau din contră către forme grave cari să exagereze leziunea locală şi cari prin complicaţiuni generale să pună viaţa bolnavei în pericol.

Printre cauzele cari exagerează leziunea bacilară se găseşte şi sarcina.

Gestaţiunea este capabilă să exagereze leziunile tuberculoase utero-anexiale, când ele au fost în stare latentă şi să le dea o formă acută gravă. Această exagerare a leziunilor locale în timpul gestaţiunii se datoreşte faptului că sarcina creează la nivelul organelor genitale o stare particulară proprie extensiunei leziunilor datorite bacilului Koch.

Scanned with OKEN Scanner

După cum vom arăta, leziunea bacilară locală poate fi complicată de sarcină în toate stadiile evoluţiunei ei, în parturiţiune şi în post-partum, iar exagerarea leziunilor se explică prin faptul, că organele genitale în timpul sarcinei sunt mai vascularizate, ţesuturile moi şi infiltrate deci propice acţiunii bacililor.

Scanned with OKEN Scanner

II. SARCINA IN RAPORT CU ETIOLOGIA TUBERCULOZEI ORGANELOR GENITALE

Din punct de vedere etiologic, tuberculoza organelor genitale se prezintă sub două varietăţi : 1) *formă primitivă*, mai puţin frecventă şi 2) *formă secundară*, când este o complicaţie a tuberculozei unui alt organ.

Turner (Obst. Soc. of London) a avut ocazia de a face un examen macro şi microscopic al organelor genitale la 27 femei sucombate de tuberculoză şi în 18% din cazuri a putut constata bacili Koch în aceste organe infectate în mod secundar.

Pe când Scanzoni şi Klebs nu admit posibilitatea unei tuberculoze genitale primitve şi Lebert o consideră ca un fenomen excepţional, Mosseer la 46 de cazuri constată 9 primitive, sau 19%, iar după un alt autor, Wiliams, tuberculoza genitală primitivă se întâlneşte mult mai deseori decât noi o admitem şi explică aceasta prin marele număr al cazurilor neîntâlnite şi prin omiterea examenului bacteriologic şi microscopic.

Părţile cele mai atacate de tuberculoză din organele genitale sunt trompele, pe urmă corpul uterin, ovarele, vaginul şi foarte rar colul uterin, iar vulva este contaminată într'un mod cu totul excepţional. Pentru demonstrarea acestui fapt avem observaţiunile lui Spaeth, care în 119 cazuri a găsit de 103

Scanned with OKEN Scanner

ori atinse trompele, de 10 ori corpul uterin, de 5 ori ovarele şi o singură dată vaginul.

Tuberculoza organelor genitale se poate produce la toate vârstele, la fete tinere, ca şi la femei bătrâne, în majoritatea cazurilor însă vârsta pubertăţii şi a activităţii sexuale este aceea, în care se observă cele mai dese localizări genitale a tuberculozei.

Este foarte uşor de înţeles, că în afară de afecţiunile locale ale aparatului genital şi a inflamaţiunilor creând la acest nivel o rezistenţă mai slabă în urma alterării ţesuturilor şi a modificărilor secretorii, sarcinele şi naşterile, într'un cuvânt puerperalitatea constitue o cauză predispozantă pentru infecţie : iar în afară de această predispoziţie la infectare prin bacilul lui Koch a organelor genitale dată de puerperalitate, autorii au mai putut constata că aceasta din urmă e capabilă deasemenea de a redeştepta leziunile latente tuberculoase localizate la nivelul organelor genitale.

III. SARCINA IN RAPORT CU POTHOGENIA TUBERCULOZEI ORGANELOR GENITALE

Din punct de vedere pathogenic singura formă importantă de tuberculoză genitală este forma primitivă. Căile de contaminare ale aparatului genital sunt două : 1) *calea descendentă* şi 2) *calea ascendentă*.

1) *Calea descendentă*. Este calea de contaminare cea mai frequentă şi în strânsă legătură cu puerperalitata. In urma quasi preparării terenului de către sarcină, aceasta creând la nivelul organelor genitale un teren foarte propice infecţiunii ,dat fiind marile modificări aduse ţesuturilor organelor genitale în decursul evoluţiei ei, bacilul adus de circulaţia generală poate să se fixeze la nivelul aparatului genital, şi dacă trompele sunt cele mai frequent atinse de leziuni tuberculoase, aceasta se datoreşte în primul rând structurei lor predispozante la infecţie. Contaminarea pe cale descendentă limfatică directă s'ar părea o imposibilitate din cauza mersului limfei care este tocmai contrariu mersului bacilului, cele două direcţii fiind diametral opuse. Când suntem în faţa unor leziuni vechi a ganglionilor mesenterici sau retroperitoneali şi a unor leziuni de vată recentă ale aparatului genital, evident că între aceste două leziuni sunt relaţiuni de cazuă şi efect, contaminarea aparatului genital însă nu s'a putut

face direct, — pe cale limfatică descendentă, — ci a fost nevoe, ca intestinele, sau peritoniul să fie intermediarul între cele două leziuni şi să contamineze aparatul genital prin aderenţe.

Deci această cale nu este o cale descendntă propriu zisă, ci o propagare a leziunilor graţie vaselor limfatice. Este cea mai frecventă cale de infecţie.

2) *Calea ascendentă.* In contaminarea pe cale ascendentă, bacilul, dacă nu este depus pe uter prin instrumente, mâinile moaşei sau a mamoşului, trebue să traverseze vaginul şi numai dacă rezistă proprietăţilor bactericide ale secreţiior vaginale, poate să ajugnă să se fixeze pe uter. Wiliams însă este de părere, că uterul normal se contaminează foarte rar pe cale ascendentă din cauza descuamaţiei epitaliale în perioadele menstruaţiei. In această ordine de idei e foarte uşor de înţeles, că sarcina crează un teren extrem de favorabil pentru contaminare.

Rolul important şi primordial în contaminarea pe cale ascendentă î-l are fără îndoială contactul sexual şi contaminarea se face atât în cazurile când e vorba de o tuberculoză a organelor sexuale bărbăteşti, cât şi în cazurile, când tuberculoza este localizată la alte organe. Acest din urmă fapt a fost demonstrat clinicește şi în mod experimental de diferiţi autori, cari în aproape toate cazurile unde a existat o tuberculoză a unor organe diferite de acelea ale aparatului genital, au găsit microbi în lichidul spermatic.

Scanned with OKEN Scanner

IV. INFLUENȚA TUBERCULOZEI ORGANELOR GENITALE ASUPRA PUERPERALITĂȚII

Relațiunile foarte puțin cunoscute între tuberculoza organelor genitale și puerperalitate au putut fi considerate ca inexistente atât timp, cât s'a considerat exactă concepția lui Olivier (Teză Lyon 1911—12), după care în regulă generală sterilitatea precedează, însoțește, sau urmează localizării tuberculozei la nivelul organelor genitale. In realitate lucrurile se prezintă cu totul altfel, pentrucă, după cum se va putea constata și din cele de mai jos, sarcina nu numai că poate coexista cu un organ genital tuberculizat, dar această sarcină poate fi dusă și la bun sfârșit, bineînțeles dacă procesul de tuberculizare a unuia sau a mai multor organe genitale nu este într'un stadiu prea înaintat.

In cazul de observație No. 7 publicat în această lucrare se poate ușor constata, că o femee moartă din cauza tuberculozei localizată la organele genitale — confirmată la autopsie — a putut avea 4 sarcini normale și duse la termen în condițiuni bune cu toate că timp de 13 ani această femee a suferit de pântece, suferință care i-a cauzat și moartea probabil în urma progresării leziunilor, favorizată de cele patru sarcini.

Tot în favoarea afirmațiunei de mai sus pledează și câteva cazuri de observație date prin bunăvo-

inţă a *Domnului Profesor C. Daniel* din colecţia de observaţiuni a Domniei-Sale şi anume observaţiunile No. 3, No. 4, No. 5 şi No. 6 publicate în această lucrare, cazuri în care sarcina a evoluat în condiţiuni bune şi naşterea deaseenea s'a produs fără vreun accident serios, iar urmările au fost normale.

Când leziunile bacilare ale organelor genitale nu sunt într'un stadiu prea înaintat, atunci, cum am spus, atât fecondaţia e posibilă, cât şi sarcina şi naşterea pot evolua în condiţiuni bune. In ceeace priveşte însă urmările naşterii, ele de multe ori pot fi accidentate prin diferite complicaţiuni şi în această privinţă e foarte demonstrativ cazul de observaţie No. 8 al acestei lucrări, unde la câteva zile după naştere apar treptat-treptat simptomele unei pleuro-peritonite bacilare port-partum cu o induraţie consecutivă a vârfurilor pulmonare.

Când însă leziunile bacilare ale organelor genitale sunt într'un stadiu înaintat, atunci cu toate că fecundaţia e posibilă, o evoluţie normală a sarcinei este aproape o imposibltate, ea fiind compromisă sau prin avort, sau prin facerea prematură, cu sau fără complicaţiuni post-abortum sau post-partum. In această privinţă cazurile lui Cooper şi Hünermann sunt foarte demonstrative. Ambele cazuri sunt luate din colecţia de observaţiuni a *D-lui Profesor Doctor C D.aniel*, şi date prin bunăvoinţa Domniei Sale.

In primul (cazul de obs. No. 1 al acestei lucrări) femeea a sucombat din cauza rupturei uterului tuberculos în a III-a lună a sarcinei. Este un caz tipic, că uterul tuberculos este capabil de concepţie şi un exemplu în plus, că acolo unde leziunile tuberculoase ale organelor genitale sunt într'un stadiu înaintat sarcina este compromisă şi chiar fatală. Al doilea caz a lui Hünermann (cazul de obs. No. 2) al acestei lucrări) este aproape identic, şi deosebirea este nu-

mai aceea, că femeea sucombă după un avort în a V-a lună în ura unei septicemii.

In ceeace privește compromiterea sarcinei în cazurile de tuberculoză genitală, cel mai sugestiv și dmonstrativ caz este acela a lui Hartmann-Keppel, unde avortul s'a repetat nu numai puțin de 17 ori la o femee, căreia în cele din urmă făcându-i-se operație, s'a putut constata existența unei salpingite tuberculoase.

Inainte de a încheia capitolul influenței tuberculozei organelor genitale în general asupra puerperalității, mai am un cuvânt de spus în ceeace privește influența tuberculozei trompelor asupra puerperalității referitor la sarcinele extrauterine.

Bacilul lui Koch în majoritatea cazurilor ajunge dela vulvă la trompe pe cale limfatică. Grație unei eroziuni a mucoasei vaginale, pătrunde în limfaticele țesutului conjunctiv paravaginal, pe urmă în acelea ale peritoniului și de aici în trompe. Și calea de infecție prin limfatice este urmată mai ales în tuberculoza post-puerperală, când numeroasele leziuni traumatice favorizează penetrarea bacilului în vasele limfatice. Afară de aceasta bacilul poate avansa treptat-treptat și pe cale mucoasă, dacă nu este depus chiar și direct prin vreun instrument, prin mâna moașei, sau a mamoșului.

Când leziunile tuberculoase ale trompelor sunt puțin marcate, cavitatea tubară este puțin modificată și fecundația este posibilă în mod normal. Când însă cavitatea celor două trompe este obliterată, fecundația — cum e și firesc, — este aproape imposibilă. Zic „aproape" imposibilă, pentru că se poate întâmpla ca ovulul să se grefeze pe trompă și nu nu trebue să ne surprindă de a vedea sarcini tubare evoluând în trompele tuberculoase, lucru ce atât teoreticește, cât și clinicește e posibil și cazu-

rile de observaţie ale lui Warthin şi Stober sunt foarte interesante din acest punct de vedere (Rezumatul acestor cazuri de observaţie îl dau mai jos ca No. 16 şi No. 17 al obsrvaţiilor acestei lucrări).

Tot aici trebue să amintesc şi faptul, că — după cum am spus, — tuberculoza anexială de multe ori poate fi cauza sterilităţii ; făcând însă o intervenţie conservatrice, fecundaţia se poate produce şi sarcina poate fi dusă la teren în condiţiuni bune, urmările ei de asemenea fiind excelente. Cazul lui Fruhinsholz este foarte demonstrativ în această privinţă (Cazul de observaţie No. 15 al acestei lucrări).

In acest caz o doamnă, după 20 de ani de sterilitate redevine aptă în urma operaţiei conservatrice şi în timp de câteva luni rămâne de trei ori însărcinată, primele două sarcini terminându-se printr'un avort, iar a treia evoluând în condiţiuni excelente. naşterea de asemenea efectuându-se în cele mai bune condiţiuni, copilul născut cântărind 3250 de grame, urmările naşterii normale.

V. INFLUENȚA PUERPERALITĂȚII ASUPRA TUBERCULOZEI ORGANELOR GENITALE

Puerperalitatea pare a creia la nivelul organelor genitale un teren extrem de favorabil oprirei bacilului Koch și inocularea lui se face mai ales după naștere, când involuția vaselor și degenerescența grăsoasă a fibrei musculare imediat după parturițiune, pune organul în care a evoluat o sarcină într'o stare de inferioritate de apărare față de cel normal.

Hoffmann a observat la o femee, îndată după naștere, toate simptomele unei metrite cronice. In cursul acestei afecțiuni ea fu atinsă de sacro-coxalgie stângă în acelaș timp apărură și semne de tuberculoză pulmonară și toate acestea fără antecedente gie stângă, în acelaș timp apărură și semne de tuberculoză pulmonară și articulară, o tuberculoză peritoneală cu leziuni bacilare foarte înaintate la nivelul mucoasei uterine și a trompelor. Aceste din urmă leziuni, dată fiind vechimea lor, par a fi constituit punctul de plecare al afecțiunii. Breus a autopsiat a femee de 34 ani moartă de meningită tuberculoasă, care cu opt luni în urmă, în timpul celei de a doua sarcini a avortat în a V-a lună. El a găsit în trompa dreaptă un focar cazeos, iar uterul foarte mărit, prezenta o mucoasă oedematiată și infiltrată de tuberculi. Stratul muscular uterin deasemenea acoperit de tuberculi miliari si mult decolorat.

Scanned with OKEN Scanner

Un alt caz este relatat de Heidenthaler. Este vorba de o bolnavă de 27 ani, având trei copii, dintre cari unul mort de tuberculoză intenstinală. Două luni după un avort are pierderi sanguine, după aceea pierderi purulente și fetide. La examenul făcut se pune diagnosticul de tuberculoză pulmonară, a trompei stângi, a corpului și colului uterin, ceeace a fost confirmat la autopsie: întreaga mucoasă uterină încărcată de noduli cazeoși. După autor, trompa a fost focarul primitiv, de unde s'a răspândit tuberculoza după avort.

Cazul de observație a lui Thiercelin (tuberculoză primitivă a trompelor, a corpului și colului uterin consecutivă unui avort, tuberculoza pulmonară consecutivă) este foarte interesant din punct de vedere al evoluției tuberculozei genitale în puerperalitate. (Cazul de observație Nr. 12 al acestei lucrări). In acest caz, după un avort de patru luni femeea are dureri mari în basin, metrorargii abundente și e febrilă. După câtva timp starea generală se ameliorează, părăsește spitalul, dar după 2 săptăâni revine în spital cu aceleași simptome. Pulmonar nu prezintă nimic. După cât-va timp însă începe a tuși și sucombă din cauza unei tuberculoze generalizate cu mers rapid și al cărei punct de plecare, după cum s'a constatat la autopsie, a fost tuberculoza organelor genitale.

Inocularea tuberculozei poate să se facă nu numai după naștere, ci și în timpul sarcinei. Circulația, foarte activă la nivelul placentei, favorizează mult localizarea bacililor la acest nivel și constitue un teren extrem e favorabil pentru înmulțirea lor. In această ordine de idei autorii s'au ocupat mult de tuberculoza congenitală, rezultat al localizării bacililor la nivelul placentei.

Vignal, după numeroase experiențe pe maimuță a ajuns la concluzia, că tuberculoza congenitală

este foarte rară şi în cazurile unde ar exista, ar fi datorită unei inoculări post-partum.

Contrariu acestei păreri, Gaertner, înjectând bacili în aparatul genital la femele pline, a găsit în 10 la sută din cazuri tuberculoză la embrioni. Şi chiar la cazuri de tuberculoză peritoneală numai, constată propagarea la foetus a bacililor prin intermediul placentei.

Un caz tipic de inoculare a tuberculozei în timpul sarcinei este observaţia No. 7 a acestei lucrări. Femeea are antecedente tuberculoase. Maladia după toate probabilităţile a fost într'o stare latentă chiar şi în timpul primei sarcini, care de altfel a fost dusă la termen şi copilul născut în condiţiuni bune, şi a erupt numai în decursul celei de a doua, când aceasta a contribuit la localizarea leziunilor la nivelul organelor genitale: ca urmare naşterea s'a produs înainte de termen (la 7 luni) iar copilul n'a supravieţuit decât 10 luni dela naştere, fiind foarte debil. După naştere femeea este foarte bolnăvicioasă timp de 2 ani de zile, suferind de pântece, care la un moment dat mărindu-se, se crede însărcinată. In locul sarcinei însă prezintă o tumoare tubo-ovariană şi făcându-i-se o hysterectomie, cauza maladiei înlăturându-se, femeea s'a vindecat complect.

Transmiterea bacilului Koch dela mamă la foetus a fost stabilită şi prin câteva observaţiuni clinice.

Sarwey descrie un caz oarte interesant de tuberculoză intrauterină şi îl amintesc aici numai ca o curiozitate :

Mama a avut mai mulţi copii sănătoşi. In cursul unei sarcini ea are o emoţie foarte puternică; ca urmare o încetare a mişcărilor foetale. Naşterea se produce numai spre a XI lună a sarcinei şi examenul foetusului expulsat arată focare de tuberculoză cu bacili în corpul primelor trei vertebre cervicale. Ceeace mai trebue să remare în acest caz est faptul.

că mama se bucură de o sănătate deplină, pe când tatăl a fost atins de o tuse cu expectoraţie mucopurulentă. Fără îndoială că e vorba de o infecţie ascendentă. Londe a avut ocazia de a studia transmiterea directă a tuberculozei, la copii la şease femei tuberculoase şi însărcinate :

Prima dintre ele naşte un copil sănătos şi inocularea ţesutului placentar la maimuţă dă rezultate negative. Patru femei au născut copii cari au sucombat la puţin timp după naştere. La unul dintre aceşti copii mort, a patra zi după naştere, s'au găsit bacili Koch în viscere; 2 cm³ de sânge culeş din vena ombilicală şi injectat în cavitatea peritoneală a unei maimuţe, a dat leziuni tuberculoase. Pentru ceilalţi copii, într'un caz inocularea fu negativă, iar în celelalte două cazuri s'au obţinut rezultate pozitive.

In fine, la al şeaselea caz, inocularea făcută cu ţesut placentar şi sânge foetal, fu positivă.

Este foarte uşor de înţeles, că baccilii tuberculozei aduşi de vasele placentare sunt foarte bine plasaţi pentru a se grefa pe mucoasa uterină şi în primul rând aceasta este explicaţia frecvenţei metritelor tuberculoase după sarcină.

In ceace priveşte coexistenţa sarcinei cu tuberculoza organelor genitale, ea întotdeauna este îngrijorătoare, iar în cazurile, une leziunile tuberculoase sunt înaintate, acolo este chiar fatală ; puţinele excepţii cari ar eixsta n'ar putea decât să confirme regula. Moartea survine în majoritatea cazurilor în urma unei septicemii post-abortum sau post-partum, cu toate că rupturile uterine (cazul lui Cooper) cu hemoragii intense interne sau o invadare a altor organe şi mai ales a plămânilor cu punct de plecare genital, provocând o tuberculoză cu evoluţie rapidă (obs. Nr. 12), sau alte accidente, joacă un rol important în a aduce un desnodământ fatal pentru femeea gravidă cu organele genitale tuberculoase.

Scanned with OKEN Scanner

VI. CONDUITA IN CAZURILE DE SARCINĂ ŞI TUBERCULOZA ORGANELOR GENITALE

Mult timp autorii au atribuit sarcinei o acţiune curativă asupra tuberculozei şi mai ales în secolul al XVIII-lea şi al XIX-lea medicii în majoritate admiteau că sarcina se opune desvoltării tuberculozei, sau îi opreşte evoluţia. Alţi autori erau de părere, că tuberculoza rămâne staţionară, sau chiar se ameliorează în primele luni ale sarcinei, dar din luna a IV-a sau a V-a fenomenele pathologice se accentuează mult.

Mauriceau şi Louis sunt cei dintâi cari au susţinut părerea că sarcina accelerează şi agravează mersul tuberculozei. Alţi autori împărtăşeau şi ei această părere. Dubreuil admitea o întrerupere a maladiei în ultimele luni ale sarcinei. Grisolle (1850) expune la Academia de medicină concluzii pesimiste.

Alţi autori emit o altă părere, mixtă: sarcina agravează mersul boalei, dar nu în primele luni, când maladia se ameliorează simţitor. Pidoux şi Peter au demonstrat, că sfârşitul sarcinei şi lehuzia sunt periculoase şi chiar mortale.

Alţi autori au emis altă părere, eclectică, susţinând să sarcina opreşte uneori mersul boalei, iar alteori o agravează şi o accelerează.

Cea mai raţională şi mai sănătoasă părere însă este aceea a lui Charpentier (1889) care susţine —

şi cu drept cuvânt — că e foarte greu să ne pronunţăm în mod categoric, căci întâlnind toate varietăţile, la rândul lor şi indicaţiunile terapeutice sunt foarte diferite.

Un fapt este cert şi anume: în cazurile, unde tuberculoza genitală este într'un stadiu înaintat, acolo în marea majoritate a cazurilor atât sarcina, cât mai ales naşterea şi urmări le ei sunt foarte susceptibile la accidente de multe ori fatale: iar în cazurile unde leziunile tuberculoase nu prea sunt înaintate sau latente, acolo sarcina poate fi dusă la termen fără accidente mai serioase şi naşterea se poate efectua în condiţiuni bune, în majoritatea cazurilor însă noii născuţi sunt debili şi foarte rari sunt acei, cari supravieţuiesc mai mult de câţiva ani după naştere, devenind scrofuloşi, apoi tuberculoşi.

In ceeace priveşte conduita noastră din punct de vedere terapeutic, părerile sunt divergente, unele chiar diametral opuse.

Unii medici sunt de părere, că rolul medicului ar fi îngrijirea maladiei şi supravegherea sarcinei, alţii sunt de părere că sarcina trebue întreruptă. Această din urmă părere pare a câştiga din zi în zi mai mulţi adepţi: chestiunea s'a discutat la congresul din Roma (1902) apoi la acela din Padua (1903) iar în 1907 Maragliano stabileşte ca regulă absolută întreruperea sarcinei. Formula lui este: tuberculoză+sarcină = avort terapeutic. Martin (1912) limitează intervenţia la cazurile de tuberculoză începătoare şi vindecabilă. Pare a fi părerea cea mai sănătoasă şi a dat rezultate excelente, mai ales în cazurile unde leziunile au fost unilaterale. In această privinţă am amintit mai înainte cazul de observ. Nr. 15 al acestei lucrări, unde o doamnă devine aptă pentru fecondaţie după 20 de ani de steriltate, în urma intervenţiunei conservatrice făcute.

Chestiunea intervenţiunei a fost mult discutată

după război la Societatea de Ginecologie şi Obstetrică din Paris în anul 1921 şi la Academia de Medicină în 1922. La o hotărâre definitivă nu s'a ajuns însă, din cauza numărului foarte redus al observaţiunilor, în orice caz, atitudinea cea mai sănătoasă şi raiţională este, ca să nu avem o conduită terapeutică absolutistă, ci să ne acomodăm fiecărui caz în parte, adoptând soluţia cea mai raţională până atunci, când descoperirea serului imunizant — unul din idealurile supreme ale medicinei — va fi un fapt implinit.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAȚIUNI

1) Din colecția de observațiuni a **Domnului Profesor C. Daniel, 34. Cooper** (citată în Gorowitz, Teză din Paris) **Tuberculoză uterină. Sarcină. Ruptură uterină.**

O femee sucumbă în a 3-a lună a sarcinei din cauza unei rupturi spontane a uterusului tuberculizat.

2) Din colecția de observațiuni a **Domnului Profesor Doctor C. Daniel. 65. Hünermann. Tuberculoză genitală primitivă a unei femei în cursul sarcinei** (Primäre Genitaltuberculose des Weibes in der Schwangerschazt. Archiv für Gynalt. Bd. 43. S. 40 1892).

Bolnavă de 35 ani prezintă o tuberculoză genitală primitivă în timpul sarcinei, care determină avortul în a V-a lună și moartea prin septicemie. La autopsie autorul a găsit noduli miliari în mucoasa uterină și tubară, conținând bacili Koch; s'a găsit bacili tuberculoși și în trombusul unui vas uterin (flebită uterină cu bacili Koch.)

3 Din colecția de observațiuni a **D-lui Profesor Doctor C. Daniel. 31. Schüll** (Teză din Kiel citată în Gorovitz, teză Paris). **Tuberculoză uterină și sarcină.**

Autorul găsește focari cazeoși, conținând bacili într'un uter, în cari a evoluat o sarcină perfect normală.

4) Din colecția de observațiuni a **D-lui Profesor Doctor C. Daniel. 32. Thorn. Tuberculoza genitală la femee și chestiunea transmisiunei intrauterine a tuberculozei** ((Inang. Diss. Berlin 1894 citată în Gorovitz. Teză Paris). **Tuberculoza uterină în formă cazeoasă. Sarcină consecutivă.**

O sarcină poate să evolueze normal în uterusul tuberculos.

5) Din colecția de observațiuni a **D-lui Profesor Doctor C. Daniel. 33. Schmorl și Kockel.** (Beiträge zur patholog Anatomie. Bd. 16 citată în Gorovitz. Teză Paris). **Tuberculoză uterină în formă cazeoasă, sarcină consecutivă.**

Scanned with OKEN Scanner

Sarcina evoluează normal în uterusul tuberculos.

6) Din colecţia de observaţiuni a **D-lui Profesor Doctor C. Daniel. 71. Chévrier et Delval.** Tuberculoză utero-anexială a permis evoluarea unei sarcini la termen cu naşterea unui copil sănătos. (Soc. d'Anatomie din Montpellier, 7 Iunie 1910).

7) **L. Grimault.** Bull, Soc. d'Obst. et Gynec. 1924, Nr. 4, p. 302. **Tuberculoză cazeoasă a anexelor cu pelvi-peritonită şi prezenţa granulaţiunilor la distanţă pe epiploon şi intestine. Hysterectomie. Vindecare.** Rezumat:

Bolnava Z. Amelie, în vârstă de 24 ani. Antecedente collaterale tuberculoase. O soră moartă în vârstă de 33 ani din cauza unei afecţiuni abdominale; făcându-i-se autopsia, s'a găsit o tuberculoză a organelor genitale; această femee a suferit 13 ani de pântece şi în aceşti 13 ani totuşi a avut 4 sarcini duse la termen. O altă soră moartă în vârstă de 28 ani de meningită probabil tuberculoasă. Afară de o febră tifoidă în copilărie, bolnava n'a suferit de nici o altă maladie. Menstruată la vârsta de 13 ani şi jumătate, întotdeauna regulat şi fără dureri. Măritată la vârsta de 19 ani, în anul 1918. In anul 1920 după o sarcină fără accident naşte un copil sănătos, în decursul celei de a doua sarcini însă, în 1921 a suferit mult de pântece, slăbind considerabil, având diarhee şi vărsături frecvente. Naşterea s'a produs în a 7-a lună (30 Sept. 1921), copilul a trăit 10 luni. Cu toate că n'a alăptat deloc, timp de 10 luni amenorhee. Pântecele mărindu-se credea că este însărcinată, un medic însă a constatat o tumoare abdominală independentă de uter. Menstruele revin regulate, dar foarte dureroase, durerile abdominale crescând. Bolnava văzută la 4 Decembrie 1923 prezintă un pântece balonat şi dureri mari. La palpaţie se simte o tumoare care depăşeşte simfiza cu o latură de mână şi bombează în fundurile de sac vaginale îngroşate. Uterusul puţin mărit, dat înainte făcând corp cu tumoarea. Afebrilă. Nici un simptom pulmonar.

Operaţie: La deschiderea abdomenului se găseşte epiploonul presărat cu noduli albicioşi, duri, cazeoşi; asemenea noduli şi pe colonul transvers şi intestinele subţiri. Accesul la organele genitale f. greu din cauza aderenţelor. Liberarea lor făcută, se observă o tumoare voluminoasă, salpingo-ovariană stgă, făcând bloc cu uterusul. Hysterectomie.

Examenul pieselor: Tumoarea constituită din trompa şi ovarul stg, ambele organe de nerecunoscut. La secţiune, pereţii arată granulaţiuni tipice, în interior o cavitate conţi-

nând puroi. Uterusul puţin mărit, în cavitatea lui o mică cantitate de puroi. In ovar un mic abces. Imaginea histologică a trompei dr. este aceea a unei salpingite cazeoase tipice.

Urmările operatorii foarte mulţumitoare.

8) Maternité de Nancy. Bull. Soc. d'Obst. et Gynec., 1924, Nr. 8, p. 164. **Frukinsholz et Feuillade. Pleuro-peritonită bacilară post-partum.**

D-na F., în vârstă de 21 ani, menajeră, intră la Materaitate în ziua de 19 Iunie 1821. Tatăl mort de o afecţiune pulmonară. Menstruată la 13 ani şi jumătate, normal. Nici odată n'a fost bolnavă la pat şi n'a suferit de pântece. Soţul de constituţie robustă. La începutul sarcinei a fost vizitată de Profesorul agregat Jean Parisot la Dispensarul Villemin şi din cauza unei pleurite drepte constatată, a stat o lună de zile în pat. Din punct de vedere obstetrical gestaţia normală.

19 Iunie: Naşterea şi delivransa nu prezintă nici o particularitate.

21 Iunie: Pierderi odorante şi groase. Temp. 38_08.

23 Iunie: Cefalee. Senzibilitate latero-uterină dreaptă.

28 Iunie: Uşoare dureri abdominale, limfanzita ligamentului larg. La plămâni nici o leziune evolutivă; totuş submatitate la baza dr. şi diminuarea murmurului vezicular.

2 Iulie: Erupţia serică. Pântecele balonat, uterusul în poziţie normală, puţin mărit, anexele drepte îngroşate şi durereoase. Temp. 38_06.

16 Iulie: Examenul sângelui; reacţia de fixaţie a complementului antigen Bezredka: fixează o unitate.

18 Iulie: Fundul de sac stg şi Douglas dureros la tuşeu. Secreţiile vaginale fără gonococ. Raluri umede la baza dr. submatitate.

27 Iulie: Examenul Profesorului agregat Caussade. Auscultaţia: Suflu şi egofonie la ambele baze. Respiraţia siflantă la cele două vârfuri, expiraţia şuerătoare la dreapta, inspiraţia umidă la stgă. Temp. 37_02 dimineaţa şi 39° seara. Pântecele volumînos, senzaţie de val. Ascită.

Diagnostic: Pleuro-peritonită bacilară. Induraţia vârfurilor.

Bolnava fu internată din nou în luna Decembrie în serviciul Profesorului Simm.

9) Spaeth. I. D. Strassbourg, 1885.

Femee în vârstă de 43 ani, soţ tuberculos, căsătorită de

13 ani, 3 avorturi. De opt luni prezintă o tumefiere a abdomenului şi o slăbire considerabilă.

Examen: Inima, plămânii normali. Abdomenul tumefiat. Uterul în retroversiune, pe cele două părţi se simt tumefacţii elastice de mărimea unui măr părând a fi anexele. Afebrilă.

Operaţie: Tuberculoză peritoneală şi intestinală cu puţină ascită. Două tumori tubo-ovariene acoperite de numeroşi noduli. Patru luni după operaţie sucombată cu fenomene de tuberculoză intestinală.

10) Schellong. Centralblatt für Gyneck. 1885, Nr. 23 **Un caz de tuberculoză miliară în timpul puerperalităţii. Lichid peritoneal. Puncţie peritoneală. Sucombată.**

Femee de 24 ani, după ce a născut un copil bine şi la termen, a 8-a zi este apucată de febră şi dureri vii cu balonarea abdomenului. După şase săptămâni i se face o puncţie exploratrice a abdomenului, care pune în evidenţă un lichid fetid şi dă posibilitatea de a face un diagnostic de peritonită difuză purulentă. **La autopsie** se găseşte în afara peritonitei purulente şi o tuberculoză miliară a plămânilor şi rinichilor. Mucoasa trompei drepte prezintă o degenerescenţă cazeoasă. Schellong consideră leziunea trompei ca punctul de plecare al generalizării tuberculozei şi în acest caz puerperalitatea a creiat un teren favorabil.

11) Teza Gorovitz, obs. IV, dată de Bouilly. **Peritonită tuberculoasă. Laparatomie exploratrice. Vindecare.**

B. L. în vârstă de 22 ani, intrată în serviciul D-lui Prof. Bouilly la 19 Nov. 1899; întotdeauna bine menstruată, căsătorită la 18 ani; o naştere înainte de termen în 1898. Începând cu această dată are dureri în abdomen şi în basin neîmpiedecând însă bolnava de a-şi continua munca. De şase luni de zile abdomenul i s'a mărit mult şi vine pentru consultaţie la Maternitate pentru a şti dacă este sau nu însărcinată.

Examen: Starea generală bună. Abdomenul augmentat de volum, părând a conţine un kist cu tensiunea mică situat pe linia mediană la nivelul ombilicului separat de ficat printr'o zonă netă, iar de pubis printr'un interval considerabil. Această colecţie nu formează o tumoare propriu zisă din cauza tensiunei ei uşoare. De altă parte acest Kist pare a continua în flancul stg; dar examenul combinat arată că în realitate şi acolo există o tumoare. Aceasta de mărimea unui ou mai mare, adjacentă kistului pare totuşi independentă şi trebue considerată ca o colecţie salpingiană.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul este: Kist al mesenterului şi piosalpinx stg.

Laparatomie la 20 Nov. Nici o aderenţă parietală. Ansele intestinale foarte aderente unele de altele. După decolarea unora dintre ele, se poate constata că la partea superioară a abdomenului nu există nici o tumoare, ci senzaţia a fost dată de un pachet de anse intestinale aderente unele de altele. Din cauza dificultăţilor mari de a avea acces la anexele stgi, ele sunt lăsate în pace. Ca urmare a acestei laparatomii de Bouilly a fost de părere că e vorba de o peritonită tuberculoasă consecutivă leziunilor tuberculoase a anexelor.

Urmările operaţiunei simple. Câteva luni după această dată, bolnava este revăzută vindecată.

12) Hiercelin. Bull. Soc. Anat. 1889.

Bolnava în vârstă de 24 ani intră în serviciul Profesorului Cornil, la 12 Febr. 1889. Fără antecedente tuberculoase. Menstruată la 13 ani, sănătoasă până în luna Octombrie 1888, când a avut un avort de 4 luni; din momentul acesta metroragie abundentă cu febră şi durere în basin : după aceea o uşoară ameliorare, dar 15 zile după părăsirea Maternităţii are din nou dureri în basin, vărsături şi o slăbiciune extremă. Intră din nou în spital.

Examen: Abdomenul puţin mărit, dureros la palpare ; împăstare într'o parte a fossei iliace drepte. Leucorhee abundentă. Nemenstruată după avort; bolnava nu tuşeşte şi examenul plămânilor nu arată nimic important de menţionat. Mai târziu bolnava începe a tuşi; prezintă otuberculoză cu ers rapid şi moare în luna Aprilie.

La autopsie leziuni tuberculoase pleurale şi pulmonare, a diafragmului, peritoniului şi mai ales a epiploonului. Organele micului basin sunt aglutinate şi imposibil de izolat pe cadavru. Ridicându-le în massă, Profesorul Cornil constată următoarele leziuni: trompa stgă formează o massă rotunjită şi aplecată pe fundul uterin, de care aderă intim. Foarte dilatată, conţine puroi gros şi cazeos. Aceleaşi leziuni la trompa dr. Toată suprafaţa internă a uterusului este acoperită de burjeoni neregulaţi, desvoltaţi mai ales într'un punct al peretelui uterin care trebuia să fi fost locul de inserţie al placentei; pe burjeoni s'a putut remarca granulaţiuni foarte numeroase şi masse cazeoase opace. Asemenea burjeoni acoperă şi porţiunea uterină a colului. Ulceraţie la nivelul colului vaginal şi a vaginului.

Examenul histologic al secţiunilor din corpul şi colul uterin : există o burjeonare considerabilă a ţesutului conjunctiv.

Scanned with OKEN Scanner

13) Teza Gorovitz. Obs. V. dată de Bouilly. **Salpingo-ovarită tuberculoasă bilaterală cu pelvi-peritonită. Hysterectomie vaginală. Vindecare.**

G. M. 21 ani, intră în serviciul D-lui Bouilly, la 16 Nov. 1899, acuzând dureri în basin şi pierderi verzui. Menstruată la 16 ani, niciodată regulat, ci la 2-3 luni. Acum 19 luni o naştere, iar acum şase luni un avort în a III-a lună; dela această dată începând bolnava suferă de abdomen. Mereu culcată, nici nu poate munci. Durerile sunt continue atât ziua cât şi noaptea, ebdomenul se baloneză. După avort a avut o singură menstruaţie, acum trei luni, dar are pierderi continue roşii şi albe. La examenul făcut la 24 Nov. se găseşte uterul mobil, parte înclinat în latero-versiune dtă. Pe marginea stgă a uterului, dar separată net de el printr'un şanţ, se simte o tumefacţie regulată, apăsând pe fundul de sac stg, eşind din fundul de sac posterior şi cu trei laturi de deget deasupra arcadei crurale; tumoarea imobilă, aderentă, foarte dureroasă, cu pereţii groşi şi rezistenţi prin care se bănueşte o cantitate mică de puroi. Indărătul colului uterin se simte un cordon noduros care pare a fi trompa dreaptă atinsă de salpingită intenstifială. La ulămâni o induraţie a vârfului stg. La 27 Nov. hysterectomie vaginală. Urmările normale. Bolnava părăseşte spitalul la 1 Ianuarie complect vindecată.

Examenul pieselor. Uterul şi anexele din ambele părţi. Uterusul augmentat de volum, prezintă leziuni de metrită parenchymatoasă. Trompa dr.. este puţin mărită în jumătatea sa internă. Partea sa externă este dilatată de mărimea unui police. Seroasa peritoneală în raport cu trompa prezintă o însămânţare de granulaţiuni albicioase dând impresia unor granulaţiuni tuberculoase pe cale de cazeificare ; o acumulare a acestor tuberculi există mai ales la nivelul pavllonului tubar, La secţiune, pereţii trompei prezintă o hypertrofie moale neselerozată. Mucoasa pare sănătoasă, în interiorul trompei puţină seriozitate roşietică, Ovarul dr. puţin mărit de volum, albuginea puţin îngroşată. La secţiune organul apare complect selerozat; prezintă kyste mici. Ancxa stgă: oanalogie mare cu aceea din dreapta, aceleaşi granulaţiuni albicioase pe peritoniu şi pe ligamentele largi, acumulate mai ales la nivelul pavilionului.

Dilatarea treimei externe a trompei prin hypertrofie şi infiltraţia pereţilor dată de tuberculi asemănători cu cei diseminaţi pe peritoniu. Ovarul stg : de mărimea unei nuci mari; albuginea este presărată de mici tuberculi albicioşi.

Scanned with OKEN Scanner

La nivelului polului extern al ovarului alluginea este acoperită de o falşă membrană cu aspect cazeos. La secţiune ovarul este transformat într'o pungă mare umplută de puroi gros, verzui.

14) Uhland. I. D. Turingen 1866.

Femee de 20 ani, antecedente tuberculoase. Neagă orice maladie anterioară. Acum şapte săptămâni avort în a III-a lună, mroragii timp de 3 săptămâni; după aceea pirderi gălbui, în acelaş timp şi o mărire de volum a abdomenului. La examenul făcut se găseşte uterul foarte mărit, în ateflexiune şi înăbuşit de o tumoare voluminoasă, umplând întreg basinul mic, foarte dureroasă la palpaiţe. Ascită. Puncţia dă 3 litri de lichid galben verzui, fetid. Lichidul se formează din nou, se face o nouă puncţie. Sucombă. **La autopsie** : Numeroase aderenţe peritoneale cu anse intestinale. Dedesubtul ombilicului o cavitate inkistată, conţinând un lichid fetid şi tulbure. Trompa stgă foarte dilatată, umplută de masse cazeoase. Aceeaş leziune la trompa dr. mai dilatată decât stga. Noduli gălbui pe mucoasa cervicală şi uterină penetrând până în stratul muscular.

15) Fruhinsholz. Bull. Soc. d'Obstetrique et Gynecologie 1924 No. 8 p. 683.

D-na X. în vârstă de 41 ani menstruată la 12 ani mai întâi regulat, pe urmă neregulat cu o întrerupere de 2 ani spre al 16-lea an. Căsătorită la 20 ani. Primul copil la 21 ani. Psychoză puerperală trecătoare consecutivă, după care regulele menstruaţiei se continuă din 6 în 6 săptămâni. In două rânduri (a doua oară înspre vârsta de 29 ani) bolnava are întreruperi de menstruaţie timp de nouă luni pentru fiecare dată, dându-i de două ori impresia că este însărcinată şi de fiecare dată este într'o stare de neurasthenie foarte pronunţată cu tendnţă la îngrăşare. După aceste incidente, bolnava are menstruaţiile distanţate şi dureroase, pântecele dureros la cea mai mică oboseală.

In momentul examinării uterusul este mare, mobil, tumora dr. groasă, dureroasă la palpaţie bimanuală. In ultimul timp deasemenea a avut întreruperi de menstruaţie de mai multe luni. In Aprilie 1914 bolnava în vârstă de 35 ani este operată de doctorul Desjardins, care găseşte o salpingită dr., leziuni bacilare pe ovarul dr., o retroversiune uterină, apendicită şi discrete leziuni tuberculoase pe ovarul stg. Doctorul Desjardins face o castraţie dreaptă, apendicectomie, liqamentopexie á la Doléris, ignipunctură pe ovarul stg. constatat tuberculos. De aci încolo, menstrua-

țiile reazar normale, regulat și bolnava nu mai suferă de pântece. Războiul terminându-se, această persoană, care timp de 20 ani n'a putut fi fecundată, redevine aptă și unul după altul, are două avorturi fără incident, unul în a III-a lună în Martie 1919, altul de două luni în Iunie 1919. In luna Octombrie 1919 rămâne a patra oară însărcinată. Sarcina evoluează normal cu stare generală și locală bună și în decursul ei bolnava nu are decât câteva crize de enterită și două pierderi de sânge, una în Noembrie, alta în Februarie 1920. La 1 Iulie 1920 naște în condițiuni excelente, în 4 ore și dă viață unui copil de 3250 gr. Delivransa normală, urmările deasemenea. Alăptează parțial și în mod passager. Se restabilește cu totul. Copilul crește în condițiuni admirabile.

16) Warthin. — Medical News Sept. 1896. **Un caz de sarcină ectopică coexistând cu tuberculoza trompelor, placentei și a foetusului.**

Bolnava învârstă de 38 ani, căsătorită de 13 ani. Nici naşteri, nici avort. Menstruată regulat până'n 1895, când menstruația se oprește. Sănătoasă din August până'n Octombrie când fu apucată de o durere vie în regiunea stgă a basinului cu tendință la colapsus ; două zile mai târziu, un nou atac maiu șor; al treilea atac după 6 zile cu dureri atât de vii, că numai morfina le-a calmat puțin. Incepe o peritonită generalizată ; se bănuește o ocluzie intestinală. Se vindecă repede de această criză ; după o lună mari dureri în basin, în acelaș timp apariția unei scurgeri brun-închise, cu masse cazeoase, cu puroi gros și miros fetid ; s'a constatat în plus un corp având aparența unei pungi mici. Durerile continu, bolnava n'are liiște în nici o poziție. Intră în spital la 26 Martie 1896. Starea generală satisfăcătoare, fără turburări digestive, nimic la cord și plămâni, fără temperatură în săptămâna dinaintea operației, nici un simtom nelăsând a bănui tuberculoza. Se constată, în ziua de 27 Martie, doar o durere în regiunea stgă a abdomenului, cu puțină împăstare. Uterusul în retroflexiune, imobil, dureros.

La stânga uterului se constată o massă ovală, neregulată și senzibilă. O cantitate mică de puroi în urină. Lipsa bacililor Koch, în secrețiile vaginale. Diagnostic: Sarcină extrauterină. — Operația la 3 Aprilie. Vascularizație extremă a organelor. Aderențe uterinel a,e anexelor și a intestinelor. — Trompa dr. dilatată, întortochiată, ovarul kystic. Ovarul stg. în poziție normală, mărit, kystic. Trompa stgă

deasemenea dilatată și îngroșată. Extirparea anexelor ; se constată la extremitate o massă hemoragică de volumul unei nuci. — Indărătul trompei dr. se găsește kystul foetal care fu extras cu conținutul lui.

Examenul pieselor arată leziuni nete de tuberculoză în ovarul drept cu prezență de bacili. Aceleași leziuni la stga, dar mai puțin pronunțate. Examenul kystului foetal ne arată cordonul ombilical acoperit de noduli conținând masse cazeoase .Examenul microscopic al fragmentelor placentare arată leziuni tuberculoase cu celule gigante. Bolnava succombă de peritonită generalizată.

După autor tuberculoza trompelor este agentul etiologic al sarcinei ectopice, obstrucția trompei împiedicând mersul normal al ovului.

17) John B. Stober. — American Journal of Obstet. 1898 vol. 38. —**Sarcină ectopică însoțită de tuberculoză primitivă a trompelor lui Fallope.**

D-na A. J. în etate de 31 ani, căsătorită de 8 ani. Tatăl mort de tuberculoză. Bolnava s'a bucurat de o sănătate deplină până acum câțiva ani, când începe a avea dureri în timpul menstruațiilor. Nu are lencorrhee. In ultimul timp durere vie în bazin mai ales la stga. Grețuri, vărsături și tympanism. Timp de 5 săptămâni 4 metrorargii durând 2—3 zile. In acest moment exagerarea simptomelor.

Pierderi de chiaguri, în intervaluri scurgeri de apă câte-odată clară și bronzată, câte-odată mai puțin limpede și roșie. — **Examen.** Uterusul mărit, în poziție normală, imobil. Cele două trompe îngroșate și aderente : nu se poate deosebi prin tușeu trompa stgă de ovar, dar se simte o tumoare mare, situată în sus, făcând un corp cu uterusul. Organele genitale externe congestionate cu aspect violaceu. Bolnava are dureri în sâni. Se crede însărcinată.

Diagnostic : Sarcină extranterină.

Laparatomie la 19 Martie 1893. O massă epiploică mare, aderentă la peretele abdominal anterior, la fundul uterului și al vesicii, necesitând o decolare cu foarte multă grijă. Trompa și ovarul stg. formează o massă voluminoasă, aderentă peste tot. Intre ostiumul abdominal al trompei și ovar se găsește o pungă rotunjită, de 2cm. diametru având un înveliș care pare a se continua cu ovarul și cu suprafața orificiului tubar. Se ridică ușor această pungă și dedesubtul ei. în fundul basinului, se găsește un cheag sanguin semi-solid, în parte organizat, făcând impresia unei pungi gravidice. La dreapta, trompa și ovarul mărite de volum.

Salpingo-ovariotomie dublă Drenaj-Saturi..

Examenul anatomo-Pathologic al piesei. Conținutul pungei prezintă un cheag organizat, fără a părea embrion. Totuși, situația sa între pavilion și ovar aspectul microscopic face să ne gândim la o sarcină tubo-ovariană. Examenul microscopic al trompelor arată leziuni vechi tuberculoase, celule embrionare, celule gigante, numeroase focare de cazeificare. Tuberculi miliari în stratul muscular ; pe alocuri degenerescență calcară, aproape de un focar de tuberculoză recentă, ne arată bine, că e vorba acolo de un proces acut, grefat pe o tuberculoză tubară latentă.

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUZIUNI

1) Fecundaţia şi evoluţiunea arcinei în cursul tuberculozei organelor genitale este posibilă.

2) Influenţa tuberculozei organelor genitale asupra sarcinei se traduce în majoritatea cazurilor printr'o compromitere a ei fie prin avort fie prin facere prematură cu sau fără coplicaţiuni post-obortum sau post-partum.

3) In cazurile unde leziunile, sunt în prima fază de evoluţiune sau puţin înaintate, sarcina poate fi dusă la termen fără accidente serioase. Naşterea se poate produce în condiţuni bune cu sau fără complicaţiuni post-partum. Noul născut însă în majoritatea cazurilor se naşte debil şi sucombă în lunile următoare naşterii.

4) Influenţa puerperalităţii asupra tuberculozei organelor genitale se traduce în marea majoritate a cazurilor printr'o exagerare a leziunilor locale atât în intrapartum, cât şi în post-partum. După naştere sau avort, tuberculoza organelor genitale poate fi punctul de plecare a unei tuberculoze generalizate cu mers rapid, sau a unei septicemii fatale.

5) In urma unei interveţiuni chirurgicale conservatrice atât fecundaţia, cât şi sarcina este posibilă în acest caz sarcina iş urmările sale evoluează în mod normal.

Scanned with OKEN Scanner

6) In caz de tuberculoză a trompelor, se pot produce sarcini ectopice.

7) Atitudinea cea mai raţională faţă de un caz de tuberculoză a organelor genitale complicată cu sarcină, este, ca să nu avem o conduită terapeutică absolutistă, c să ne acomodăm fiecărui caz în parte, recurgând fie la o intervenţiune radicală (hysterectomie)' fie la o intrerupere a sarcinei, sau în fine să fim abstenţionişti, supraveghind sarcina şi tratând tuberculoza.

Văzută şi bună de imprimat

Preşedintele tezei: Decanul Facultăţei:
(ss) *Prof. Dr. C. Daniel* (ss) *Prof. Dr. Toma Ionescu*

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUSIONS

1) La fécondation et l'evolution de lagrossesse pendant le cours de la tuberculose des organes génitaux est possible.

2) L'influence de la tuberculose des organes génitaux sur la grossesse se traduit dans le majorité des cas par sa compromission, soit par un avortement, soit par un accouchement prematuré, avec ou sans complications post-abortum ou post-partum.

3) Dans les cas, ou les lésions sont dans la premiére phase d'évolution, ou peu avancées, la grossesse peut-etre amenée a terme sans accidents sérieux. La naissance peut se produire dans des bonnes conditions avec ou sans complications post-partum. Toutefois le nouveau-né, dans la majorité des, naît débile et succombe dans les quelques mois aprés la naissance.

4) L'influence dela puerpéralité sur le tuberculose des organes genitaux se traduit dans la majorité des cas par une exagération des lésions locales autant intra-partum, que post-partum. Aprés la naissance ou l'avortement, la tuberculose des organes génitaux peut-etre la point de départ d'une tuberculose généralisée avec marche rapide, ou d'une septicémie fatale.

5) A la suite d'une intervention chirurgicale conservatrice, aussi bien la fécondation que la grossesse est possible: dans ce cas la grossesse et ses suites évoluent suivant un mode normal.

Scanned with OKEN Scanner

6) En cas de tuberculose des trompes, peut ce produire une grossesse ectopique.

7) L'attitude la plus rationelle en face d'un cas de tuberculose des organes génitaux compliqué de grossesse, est de ne pas avoir une conduite thérapeutique absolutiste, mais de s'accomoder à chaque cas en particulier, recourant soit à une intervention radicale (hystérectomie,) soit à une interruption de la grossesse, soit enfin, d'ître abstentioniste, surveillant la grossesse et traitant la tuberculose.

Vue et bonne à imprimer.

Le Président de la these,

(ss) *Prof. Dr. C. Daniel*

Le Doyen de la Faculté

(ss) *Prof. Dr. Thomas Ionesco*

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

Alterthum. Tuberkuloza der Tuben u des Beckenbauchfels. (Beiträge zur Gelurtsch. u. Gynaek. 1898 Bd. 1. H. I.)

Foa. Présence du bacille tuberculeux dans le sperme. (Accad. di Med. di Torino 1892).

Fruhionsholz et Feüillade P. Tuberculose génitale et puerpéralité. (Bull. de la Soc. D'obstetr. et de Gynec. No. 8, 1924).

Gartner. Sur l'hérédité de la tuberculose. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infecktionkrankh. T. XIII. p. 101).

Gorovitz. De la tuberculose génitale chez la femme. (Révue de chirurgie 1901).

Landouzy et Martin. Faits cliniques et experimentaux pour servir á l'histoire de l'hérédité de la tuberculose (Revue de Médecine 1883 p. 1014).

Londe. Nouveaux faits pour l'histoire de la tuberculose cog nitale (Revue de la Tuberculose 1893. p. 126.)

Sarwey. Ein Fall von spaltgebosener Missgebrut mit congenitaler Tuberkulose (Arch. f. Gynaek. Bd. 43).

Spano. Recherches bacteriol. sur le sperme d'individus affectés de tuberculose d'autres organes que les organes genito-urinaires. (Révue dela Tuberculose 1893).

Thorn. Zur Genitaltuberkulose des eibes u. zur Frage der intrauterinen Uebertragbarkeit der Tuberkulose. (Inaug. Diss. Berlin 1894).

Thiercelin. Tuberculose primitive des trompes, du corps, et du col consécutive à un avortement (Bull. Soc. An. 1889).

Wolff. Ueber die Tuberkulose der Eiertockes (Archiv. für Gynaek. Bd. 32).

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 2429

DESSENSIBILIZAREA ORGANISMULUI

FAŢĂ DE

ŞOCUL RACHIANESTEZIC

(Metoda D-lui Prof. C. Daniel)

TEZA

PENTRU

DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Prezentată şi susţinută la 13 Februarie 1926

DE

ANGELA AGAPIAN-SIMIONESCU

BUCUREŞTI

TIPOGRAFIA „CULTURA", STR. CÂMPINEANU, 15

1926

Scanned with OKEN Scanner

Decan: D-l Prof. Dr. Th. Ionescu

Profesori titulari:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	Angelescu C.
Chimia medicală	„ „	Athanasescu N.
Clinica chirurgicală infantilă şi ortopedie	„ „	Bălăcescu I.
Anatomia patologică	„ „	Babeş V.
Bacteriologia şi patogenia experimentală		
Istologia normală şi Istogeneza	„ „	Besnea Şt.
Medicina experimentală	„ „	Cantacuzino I.
Clinica ginecologică	„ „	Daniel C.
Clinica a II-a medicală	„ „	Danielopol D.
Anatomia topografică II	„ „	Gerota D.
Clinica şi teoria obstetricală	„ „	Gheorghiu N.
Anatomia topografică I	„ „	Ionescu Th.
Clinica I-a chirurgicală		
Clinica III-a medicală	„ „	Ionescu D.
Clinica III-a chirurgicală	„ „	Juvara E.
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	Jianu A.
Farmacologia şi materia medicală	„ „	Lalu S.
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	Meţianu N.
Clinica boalelor nervoase	„ „	Marinescu Gh.
Clinica infantilă	„ „	Manicatide M.
Igiena şi poliţia sanitară	„ „	Mezincescu D.
Medicina legală	„ „	Minovici M.
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	„ „	Manolescu D.
Clinica I-a medicală	„ „	Nanu-Muscel I.
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „	Nicolau St.
Clinica mintală	„ „	Obregia Al.
Fiziologia umană	„ „	Paulescu N.
Patologia generală	„ „	Proca Gh.
Anatomia descriptivă şi embriologia	„ „	Rainer Fr.
Botanica medicală	„ „	Solacolu T.
Patologia medicală	„ „	Thomescu I. Th.
Clinica terapeutică	„ „	Theohari A.
Zoologia medicală	„ „	Zotta Gh.

PROFESORI AGREGAŢI:

Medicina operatoare	D-l Dr.	Constantinescu C.

Preşedinte: D-l Prof. Dr. DANIEL C.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprimă nici aprobare, nici dezaprobare.

Memoriei tatălui meu

Mamei mele dragoste nemărginită

Scanned with OKEN Scanner

PREFAŢĂ

Inainte de a intra în desvoltarea subiectului de faţă ţin de a mea primă datorie să aduc deosebite mulţumiri D-lui Profesor C. Daniel pentru buna sa voinţă de a-mi fi încredinţat acest subiect, pentru ajutorul dat la alcătuirea lucrării, precum şi pentru cunoştinţele dobândite în timpal celor trei ani de practică în clinica D-sale.

Mulţumiri şi recunoştinţă corpului medical al clinicei ginecologice pentru bunăvoinţa ce mi-a arătat întotdeauna, înlesnindu-mi însuşirea cunoştinţelor medicale.

Profesorilor facultăţii de medicină mulţumiri şi admiraţie.

Tuturor celor cari au contribuit la educaţiunea mea profesională adâncă recunoştinţă.

Juriului de promoţiune omagii respectuoase.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Apariţia şocului postrachianestezic, manifestat sub diversele sale forme, prezintă atât pentru chirurgi cât şi pentru bolnavi, inconveniente destul de neplăcute.

Aceasta a făcut pe diferiţi operatori să facă investigaţiuni pentru a prevenì şi evità aceste fenomene, încercând diferite tratamente pe cale subcutanată sau intrarachidiană cu rezultate mai mult sau mai puţin mulţumitoare.

Pentru a ajunge însă la înlăturarea fenomenelor de şoc, trebuia găsită mai întâi explicaţiunea patogenică a lor şi cercetările diferiţilor autori încearcă să dea explicaţiunile necesare.

După Widal[1]), şocul considerat în mod general, ar fi datorit unei ruperi de echilibru a diferiţilor coloizi ce constitue elementele humorilor organismului; cât priveşte şocul rachianestezic, după Leriche[2]) el ar fi datorit unei hipotensiuni a lichidului cefalorachidian. Deci a căutà să restabileşti tensiunea scoborîtă, va aduce după sine evitarea acestor fenomene; în adevăr, injecţiunea intravenoasă de apă distilată (Leriche) aduce o ridicare a tensiunei.

Injecţia intravenoasă de lichid cefalo-rachidian a-

1) Widal: Le choc hemoclasique et colloïdoclasique. Presse médicale Aprilie 1920.

2) Leriche: Sur l'hypotension du liquide céphalo-rachidien. Presse médicale 1923 No. 98.

plicată pentru prima dată de *D-l Profesor C. Daniel*, pare să aibă drept efect o restabilire a stadiului fiziologic anterior rachianesteziei, și care a fost bouleversat prin manevra rachianesteziantă.

După *D-l Profesor C. Daniel*, fenomenele de șoc postrachianestezic ar fi datorite unei ruperi de echilibru între centrii nervoși centrali și mediul humoral. Aceasta ar fi datorită acțiunei anesteziculuí asupra acestor centrii cari vin pe o suprafață mai mult sau mai puțin întinsă în contact cu anestezicul și ar anihila în parte rapoartele ce țin echilibrul fiziologic al sistemului nervos central.

Introducerea de lichid cefalo-rachidian pe cale intravenoasă ar determină în curentul circulator unele stări particulare (care urmează să fie precizate prin înmulțirea observațiilor și pe cale experimentală) ce ar aveà drept efect restabilirea echilibrului pierdut.

Injecția de lichid cefalo-rachidian pare a da oarecari succese, căci șocul rachianestezic este anihilat, deoarece niciunul din fenomenele primare sau secundare nu sunt observate.

ACCIDENTELE ŞI COMPLICAŢIILE CONSECUTIVE RACIHANESTEZIEI

Astăzi deşi la îndemâna operatorilor mai multe metode de anestezie, totuşi niciuna, fie ea generală, locală sau regională, nu e lipsită de inconveniente. Aşà că problema suprimării durerii este încă o parte a chirurgiei care cere perfecţionări mari dacă nu o completă prefacere a ei.

A înlătură inconvenientele ce le voi descrie mai jos, va fi deci încă un titlu de glorie a chirurgiei perfecţionate de mâine.

Astăzi privirile tuturor chirurgilor trebue să fie îndreptate către chestiunea anesteziei, şi în particular prevenirea şocului rachianestezic, în scopul perfecţionărei ei, spre progresul medicinii şi spre binele suferinzilor şi al umanităţii.

Voi arătà în acest capitol care sunt accidentele şi complicaţiile rachianesteziei, căutând în acelaş timp a da pe cât e posibil şi atât cât cercetările diverşilor autori permit, o explicaţiune patogenică a lor.

Bloch şi *Hertz* [1]) publică 5 cazuri de *sincopă respiratorie* tratată şi vindecată printr'o terapeutică specială injecţiunei intrarachidiene cu cafeină 0.25 ctg.

Alamartine [2]) publică 2 cazuri de *sincopă mortală* la hipotensivi şi turburări de natură toxică bulbară

1) Bloch şi Hertz. Presse médicale 1923. No. 11.
2) Alamartine. Presse médicale No. 3. 1923.

Scanned with OKEN Scanner

la normali, în urma adăogirii de cafeină 0.25 ctg. în rachianestezia cu novocainã, după consiliul lui Bloch și Hertz.

Lepoutre[3]) publică un caz *de moarte* după 4 zile în urma rachianesteziei.

Guibal[4]) publică în „Presse médicale" 3 cazuri de *apnee prelungită*, consecutivă rachistovainizării, dintre care unul a necesitat respirație artificială timp de 15 minute, altul 70 minute și al treilea $2^1/_2$ ore. Un al patrulea caz, o femee de 36 ani, nervoasă dar sănătoasă, prezentă o fractură Dupuytren cu deplasare mare. Se practică o rachianestezie cu 0.006 stovaină; puțin timp dupăce bolnava a fost culcată, se observă o stare letargică cu anestezie totală sensitivă și senzorială și cu tendințe sincopale.

Sauvé[5]) publică un caz de *sincopă progresivă* durând 30—35 minute, după rachianestezie. După restabilire pulsul rămâne neregulat, când prea încetinel când prea accelerat și bolnavul rămâne afazic primele ore.

Le Roi des Barres[6]) publică în „Presse médicale" 19 anestezii rachidiene cu *stovaină-cafeină*, din care 12 urmate de *turburări serioase la distanță* (retenții de urină, paraplegii, meningite, ocluzii intestinale), 4 *urmate de moarte* și 1 de *paralizie*.

Santy[7]) publică un caz, iar *le Jemtel*[8]) publică 2 cazuri de *meningită cerebro-spinală septică*, provocate probabil de puncția lombară.

Multe din aceste accidente însă sunt datorite și calității anesteziculuí care poate fi alterat înainte de injecție; anestezicele fiind corpuri nestabile, pot suferì fenomene de hidroliză, care le fac ineficace sau toxice.

Accidentele și complicațiile rachianesteziei se pot împărți în *primare* și *secundare:*

---

3) Lepoutre Presse medicale 1923 No. 98.
4) Guibal. La rachianesthésie et ses dangers. Presse médicale 1921.
5) *Sauvé.* Anesthésie rachidienne. 1923 No. 90 Presse médicale.
6) *Le Roi des Barres.* Presse médicale 1923 No. 96.
7) *Santy* et *Langeron.* Lyon chirurgical 1921.
8) *Le Jemtel.* Archives médico-chirurgical de Normandie 1921.

Scanned with OKEN Scanner

Accidente primare.

a) *Apneea* care survine câtevà secunde sau minute după rachianestezie; ea traduce o sincopă respiratorie. In timpul acesta bolnavul nu mai respiră, faţa devine de o lividitate cadaverică, ochii sticloşi. Dacă nu se iau măsuri imediate, e urmată de sincopă cardiacă şi moarte.

b) *Paloarea feţei,* încetinirea pulsului care ajunge la 50—60 pulsaţii pe minut.

c) *Sudori,* greaţă urmată sau nu de vărsături; survine la 20—30 minute după injecţia anesteziculuí şi în general nu se mai observă până la sfârşitul operaţiei.

d) *Accidente bulbare grave,* cum e sincopa respiratorie, precedată sau însoţită de sudori, paloarea feţei, midriaza, puls mic, şi încetinit, greaţă, dispariţia reflexelor oculare şi urmată de oprirea bătăilor cordului, care e întotdeauna secundară sincopei respiratorii, accidente observate frequent în rachistovainizare şi rachicocainizare, constituind ceeace *Chaput* numeà „orage asfixique".

e) Extrem de rar *pousseurii intestinale,* eforturi bruşte de vărsături, accidente asfixice.

f) Senzaţie penibilă de *constricţie în epigastru,* observată frequent în rachistovainizare, care se instalează după 20 minute dela puncţie şi care durează de obiceiu 1—3 zile.

Accidente secundare.

a) *Cefaleea* se instalează la câteva ore după puncţie, destul de frequentă în rachianestezie; alteori cefaleea apare a doua zi şi poate durà 2—3 zile.

b) *Pareza membrelor inferioare* şi foarte rar a celor superioare.

c) O *neliniște* şi o nemulţumire marcată, chiar atunci când bolnavul nu simte nimic. Starea aceasta durează atâta timp cât se elimină anestezicul şi e prelungită uneori 2—3 zile.

Scanned with OKEN Scanner

d) *Santy* și *Langeron* publică în „Lyon chirurgical" *reacții meningee*, numite de ei „stări meningee" și clasificate în 3 grupe:

1) Reacții meningee atenuate, frequente și benigne.

2) Hemoragii meningee ce dispar după 3 zile.

3) Meningite puriforme aseptice, cu evoluție benignă.

Din punct de vedere patogenic, toate aceste stări meningee recunosc aceiași cauză: acțiunea toxică a anesteziculuí asupra meningelui, o leptomeningită toxică congestivă, ale cărei manifestațiuni clinice variază după gradul acestei congestiuni și intensitatea exudației seroase și celulare.

e) *Paralizii oculare* ce survin rar în urma rachianesteziei; nervul atins e oculo-motorul extern și aproape întotdeauna unilateral. Aceste paralizii apar după 7—12 zile, rar între 3—4 zile și cele mai rari cazuri după a 20-a zi.

Ele sunt precedate de cefalee sub diferite forme, grețuri, vărsături, agitații ce fac pe bolnav să-și rupă pansamentul, insomnii, rachialgii, pareza pleoapei superioare, a sfincterului pupilar, migrenă, durere orbitară, delir, fenomene cari se amendează cu apariția paraliziei oculare și dispar cu încetarea acestei paralizii; înfine se instalează diplopia.

Paraliziile unilaterale se vindecă în 30 de zile, rar depășesc acest termen și nu trec niciodată de 60 zile.

Paraliziile bilaterale durează timp de 2—3 luni, iar cele asociate cu alte accidente postrachianestezice durează 6—8 luni.

Ca pronostic, cele unilaterale sunt mai benigne, luând o alură mai gravă la sifilitici, nefretici, albuminurici, tuberculoși, artritici.

Factorul etiologic este anestezicul.

Ca factor patogenic se consideră următorii:

1. Acțiunea toxică directă Bonnefoy a anesteziculuí asupra nucleului sau fascicolelor radiculare ale

nervului, dând în ultimul caz o nevrită radiculară toxică.

2. Reacţia meningee (Terrien), observată întotdeauna înnaintea paraliziei, care determină un exudat şi care rezorbindu-se liberează nervii înainte de a se stabili o leziune definitivă.

3. Teoria hemoragică a autorilor germani, cari atribue paraliziile oculare hemoragiilor miliare din nuclei sau celor intradurale, în urma turburărilor de tensiune produse de anestezie.

4. Teoria sifilitică care poate formà o cauză predispozantă.

5. Teoria turburărilor vaso-motorii, analoage cu cele din migrena oftalmică.

6. Teoria labirintică, o acţiune reflexă plecată din papila labirintică, care venind în contact direct cu lichidul cefalo-rachidian, ar suferì acţiunea toxică a anesteziculuì.

7. Teoria albuminurică: albuminuria sau nefrita hipertensivă sunt factorii hemoragiilor centrilor nervoşi.

In clinica *D-lui Profesor C. Daniel* am găsit un singur caz de paralizie a motorului ocular extern, ochiul stâng; e vorba de o bolnavă operată pentru cancerul colului uterin, sub rachianestezie cu novocainà, căreia i-a survenit diplopia după două săptămâni dela operaţie.

D-l Profesor C. Daniel explică acest incident prin teoria reacţiei meningee (Terrien) expusă mai sus.

Şocul rachianestezic. Se ştie că starea de şoc constitue — după Widal — un sindrom clinic caracterizat printr'un ansamblu de fenomene fie imediate sau tardive, cari se manifestă prin hipotensiune arterială, puls frequent şi slab, respiraţie superficială, sudori reci, răcirea extremităţilor cu cianoză, cefalee, ameţeli şi vărsături. Şocul rachianestezic — după Leriche — s'ar traduce clinicește printr'un sindrom cu aspect clinic propriu, caracterizat prin cefalee frontală, puls mic şi frequent, şi hipo sau hipertermie.

METODE PENTRU A COMBATE ŞOCUL PROPUSE DE AUTORI

A. Asocierea anesteziculuí cu altă substanţă.

De când s'au înregistrat primele accidente de rachianestezie, s'au luat măsuri pentru combaterea lor. Astfel, deoarece la început se întrebuinţă cocaina care dădù un mare număr de accidente toxice grave şi chiar mortale, Chaput în 1904 înlocuì cocaina prin stovaină care însă nu înlătură accidentele. Einhorn în 1905 prepară pe cale anestezică un alt produs sintetic „novocaina". Nici acest produs nou nu avù succesul dorit; accidentele rachianesteziei erau aproape aceleaşi ca şi mai înainte. Astfel că autorii căutară prin diferite metode să înlăture aceste accidente.

Unii au propus *cafeina* ca agent terapeutic, fiind medicamentul cel mai eficace dintre acelea preconizate în injecţiuni hipodermice contra accidentelor (paloare, sudori, vomismente). Această metodă însă neavând nici un efect asupra accidentelor mari, *Bloch* şi *Hertz* au avut ideia să injecteze *cafeina în lichidul cefalo-rachidian,* sperând ca în felul acesta să aibă o acţiune mai directă asupra centrilor bulbari.

Technica erà următoarea: îndată ce bolnavul, încetà să respire şi pulsul slăbià, se punea bolnavul în decubit lateral, se puncţionà rachisul şi se injectà cafeină (0.12—0.20—0.25 ctg.), apoi se puneà bolna-

vul în poziţie declivă cu capul în jos. Această metodă n'a putut vindecà accidentele apărute.

Tot ca preventiv contra accidentelor rachianesteziei s'a încercat *cafeina (0.50 ctg.) subcutanat* cu 2—3 ore înainte de apariţie dar n'a putut împiedicà accidentele.

D-l Profesor Thoma Ionescu a asociat la început *stovaina cu stricninà*, iar mai târziu *stovaina cu o doză variabilă de cafeină*, dându-i rezultate mulţumitoare.

Guibal a asociat *novocaina cu cafeină* şi a injectat-o ca preventiv; a experimentat numai pe 15 cazuri căci i s'a părut nefolositoare şi vătămătoare, de oarece pe lângă că nu a reuşit să previe accidentele, dar acest amestec dădeà şi complicaţii ca: parezii, anestezii, escare de decubit.

Lepoutre publică în Prèsse médicale No. 98, 1923 un caz de moarte după 4 zile în urma rachianesteziei cu *novocainà-stricninà.*

Duvergey a făcut rachianestezia cu *allocainà-adrenalinà* Lumière, crezând că va puteà înlătura accidentele, totuşi nu i-a fost de niciun folos.

Le Roi des Barres a fost partizan al asociaţiei de *cafeinà cu stovainà*, dar din 19 cazuri, a avut 3 retenţii vezicale incomplete, variind între 14—18 zile, 2 bolnavi cu retenţie de urinà între 20—40 zile, alţi 4 cu fenomene de parezie, cistită subacută şi retenţii incomplete, şi 4 cazuri mortale.

Alte metode.

1. *Leriche* şi *Emery* atribue acest şoc postrachianestezic, scăderii de presiune a lichidului cefalo-rachidian. Ei au observat aceasta la un bolnav care aveà fractura stâncei din care cauză se scurgeà prin ureche lichid cefalorachidian; din pricina aceasta a apărut o stare comatoasă, care a trecut imediat după *injecţiunea intravenoasă de apă distilată*, ce a avut influenţă asupra lichidului cefalo-rachidian, ridicân-

Scanned with OKEN Scanner

du-i tensiunea. După observarea acestor fenomene, Leriche ajunge la concluzia că semnalul principal al hipotensiunei lichidului cefalorachidian este cefaleea frontală care nu cedează la nici un tratament, însoţită de ameţeli, greţuri şi vărsături. La acest simptom principal se mai adaogă pulsul care e mic şi repede. Toate aceste simptome dispar când se aplică metoda arătată mai sus.

2. *Cotte* tratează cefaleele postrachianestezice cu 2—3 *injecţiuni subcutanate de ser fiziologic* (150 cm.^{3}). Pentru şocul din timpul operaţiei, a făcut deasemeni o injecţie subcutanată cu 150—200 gr. ser artificial şi a observat în 2/3 din cazuri rezultate bune, iar în 1/3 ameliorări.

3. *Marcel Arnaud* spune într'una din lucrările sale: „cefaleea este una din principalele urmări ale anesteziei rachidiene", şi raportează unul din cazurile sale cele mai interesante din cauza greutăţii cu care a vindecat cefaleea.

Iată observaţia: D-nei B..., de 38 ani, i-se face un curettage pentru retenţie placentară; înainte de intervenţie i-se face rachianestezia. Rezultatul e bun; primele 2 zile nu apăru nici un accident, decât o retenţie de urină de 24 ore. In ziua 3-a când bolnava vrù să se ridice, e apucată de o cefalee orbitară bilaterală cu photophobie; îndată ce bolnava se culcă durerea dispare. După aceasta, ridicându-se din nou, apărură aceleaşi fenomene; nu există nici greţuri, nici vărsături, temperatura normală, semnele meningee absente, reflexele normale, pulsul 85. Atunci s'a gândit la sindromul de hipotensiune descris de Leriche. I se face în aceiaşi zi injecţie subcutantă cu 250 c.c. ser artificial; aceiaşi manevră în ziua doua, fără nici un rezultat. A treia zi i se face injecţie intravenoasă de 10 c.c. apă distilată: se observă o uşoară ameliorare, totuşi durerea apare dacă bolnava se ridică. A patra şi o nouă injecţie de 10 c.c. apă distilată fără să se observe vre-o modificare. Văzând că toate astea n'au nici un rezultat, i-se prescrie 1.50 gr. *theobromină*

Scanned with OKEN Scanner

în 3 cachete; chiar în seara aceleiași zile se observă o ameliorare remarcabilă, bolnava putându-se ridica din pat. Aceiași terapeutică a doua zi și ameliorarea se accentuă. După 9 zile de tratament, totul revenì la normal.

După observarea acestor fenomene afirmă și *Marcel Arnaud*, că toate sunt datorite hipertensiunei rachidiene. Astfel se explică efectul theobrominei care lucrează ca o substanță excito-secretorie a plexului choroid.

4. *Bressot* arată cazul unui bolnav care intră în serviciu pentru contuzia regiunei temporale drepte. Punctiunea lombară arată lichidul cefalorachidian ușor hemoragic și foarte hipertensiv: 40 la manometrul lui Claude; i-se sustrage aproape 30 c.c. de lichid pentru a-i scoborî tensiunea la 18; în după amiaza aceia s'a simțit bine și astfel a ținut 48 ore. A treia zi însă bolnavul e iar abătut, are grețuri, vărsături și o violentă cefalee frontală la cea mai mică mișcare. Se face iar o punctiune și se găsește tensiunea 7—8 la manometru și starea devine din ce în ce mai grea. S'a recurs la terapeutica următoare: imediat ce i-s'a făcut *500 c.c. ser fiziologic subcutanat, s'a injectat intravenos și 30 c.c. apă distilată.* In 10 minute s'a schimbat cu totul starea rănitului; apoi, după cum recomandă Leriche, 8 zile de-arândul i s'a injectat zilnic 125 c.c. ser fiziologic dimineața și seara și bolnavul s'a vindecat complet.

Și în acest caz fenomenele au fost datorite hipotensiunei ce a urmat după hipertensiunea primitivă și acea de a doua punctiune ar fi avut urmări neplăcute dacă nu s'ar fi intervenit printr'un tratament apropriat.

Technica D-lui Profesor C. Daniel

Pentru a prevenì șocul postrachianestezic manifestat sub oricare din formele arătate mai sus, D-l *Profesor C. Daniel* pleacă dela hipoteza că el ar fi

datorit unei turburări a echilibrului fiziologic existent în stare normală între lichidul cefalorachidian și humorile organismului. Deci ar fi posibil ca lichidul cefalorachidian introdus în organism să determine modificări humorale capabile de a restabili echilibrul turburat de manevra anestezică.

Lichidul cefalorachidian introdus în organism ar puteà prin aceleași fenomene cași acele produse de substanțele proteice străine, să producă reacțiune în măsură de a lucrà asupra organismului în general sau poate numai electiv, prevenind și restabilind reacțiunile care altfel ar aveà loc.

Lichidul cefalo-rachidian cules aseptic, prin compoziţiunea sa (substanţe minerale, organice, albumină, cloruri, glucoză, uree) nu constituie o contraindicaţiune pentru a fi introdus în organism pe cale subcutanată sau intravenoasă. Calea cea mai directă însă este aceasta din urmă.

Incercările care s'au făcut se împart în 2 categorii :

I Calea subcutanată
II Calea intravenoasă.

I. *Calea subcutanată.* Inainte de a i se injectà anestezicul, se extrage 10 cm.^{3} de lichid cefalo-rachidian. După aceasta se introduce anestezicul și îndată ce bolnava erà așezată în decubit dorsal, se injectează subcutanat lichidul cefalorachidian extras.

Reacţiunea locală. Nu s'a observat nimic la locul unde s'a făcut injecţia.

Reacţiunea generală. Pulsul începeà să se accelereze după 8—10 minute după injecţie, iar după 20 minute reveneà la normal. *Respiraţiunea* normală. *Faciesul* nu-și schimbà coloraţiunea. *Greţuri* s'au observat în unele cazuri însă neurmate de vărsături. Bolnavele erau liniștite.

Rezultate imediate. Fenomenele de șoc au fost în parte amendate, parte ameliorate.

Rezultate tardive. Nu se observă niciun accident tardiv cum se înregistrau înainte de a practicà această metodă.

Scanned with OKEN Scanner

II. *Calea intravenoasă.* Inainte de a i-se injectà anestezicul, se extrage într'o seringă lichid cefalo-rachidian (între 2 cm.^{3}—10cm.^{3}), după aceia se ia seringa în care se află anestezicul și se introduce în canalul rachidian. După aceasta, se culcă imediat bolnava și înainte de a se fixà mâinile bolnavei, se injectează intravenos cantitatea de lichid cefalo-rachidian extrasă. *D-l Profesor C. Daniel* a început cu 2 cm.^{3} apoi treptat a ajuns la 10 cm.^{3}.

Rezultate imediate. La bolnavele cărora li s'a aplicat această metodă, nu s'a observat nici unul de fenomenele imediate. *Pulsul* începeà să se accelereze după 2—3 minute, ajungând iar la normal după 15 minute. Niciuna din ele n'a avut imediat greţuri sau vărsături. Salivaţia normală; bolnavele au fost foarte liniștite așà că actul operator a putut să se desfășoare în mod normal.

Rezultate tardive. Fenomenele tardive au lipsit aproape în totalitatea cazurilor; nu s'a înregistrat decât un singur caz de cefalee ușoară ce a dispărut imediat.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAŢII

1. *Observaţiunea No. 77* din anul 1925. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Cancer al colului. Histerectomie totală. Vindecare.

Bolnava M. M. pentru intervenţie i s'a făcut anestezia cu 0.12 ctg. novocaină; s'a extras 10 cm³ l. c. r. şi s'a injectat subcutanat. *Rezultate imediate:* puls accelerat (100) ce revine la normal în 15—20 minute, respiraţiunea normală, uşoare greţuri fără vărsături. *Rezultate tardive.* Nu s'a observat nici unul din fenomenele tardive.

2. *Observaţiunea No. 113* din anul 1925. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Kist ovarian. Histerectomie subtotală. Vindecare. Bolnava R. S. i s'a făcut intervenţia sub anestezie cu 0.12 ctg. novocaină; s'a extras 10 cm³ lichid c. r. şi s'a injectat subcutanat. *Rezultate* imediate: puls accelerat (95) în primele 20 minute, apoi revine la normal; respiraţia normală, n'a avut nici greţuri, nici vărsături. *Rezultate tardive:* nu s'a înregistrat nici un accident.

3. *Observaţiunea No. 114* din anul 1925. Clinica D-lui Prof. C. Daniel. Fibrom uterin. Hysterosalpingectomie. Vindecare. Anestezia s'a făcut cu 0.12 ctg. novocaină; s'a s'a extras 10 cm³. lichid şi s'a injectat subcutanat. *Rezultate imediate:* puls accelerat (110) în primele 15 minute, n'a avut greţuri sau vărsături. *Rezultate tardive:* nu s'a observat nici o turburare.

4. *Observaţiunea No. 110* din anul 1925. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Tumoră ovariană.

Scanned with OKEN Scanner

Hysterectomie subtotală. Vindecare. Anestezie cu 0.12 ctg. novocaină; se extrage 10 cm³ l. c. r. şi se injectează subcutanat. *Rezultate imediate:* uşoare greţuri fără vărsături, respiraţie normală. *Rezultate tardive:* nu n'a observat nici unul din fenomenele de şoc post rachianestezie.

5. *Observaţiunea No. 105* din anul 1925. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Fibrom uterin. Histerectomie subtotală. Vindecare. Se face rachianestezia cu 0.12 ctg. novocaină; se extrage 10 cm³ lichid cefalo-rachidian şi se injectează subcutanat. *Rezultate imediate:* puls accelerat (120) care revine la normal, n'a avut greţuri vărsături; respiraţia normală. *Rezultate tardive:* nu s'a observat nimic.

6. *Observaţiunea No. 119* din anul 1925. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Kist intraligamentar stâng. Histerectomie subtotală. Vindecare. Se face anestezia cu 0.12 ctg. novocaină; se extrage 10 cm³ l. c. r. şi se injectează subcutanat. *Rezultate imediate:* nu s'a observat nici unul din fenomenele imediate. *Rezultate tardive:* n'a prezentat nici un fenomen de şoc tardiv.

7. *Observaţiunea No. 149* din anul 1925. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Sarcom uterin. Laparotomie exploratrice. Se face anestezia cu 0.12 ctg. novocaină, se extrage 10 cm³ l. c. r. şi se injectează subcutanat. Nu s'a observat nici unul din fenomenele imediate sau tardive.

8. *Observaţiunea No. 175* din anul 1925. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Prolaps genital. Histeropexie. Vindecare. Se face anestezia cu 0.12 ctg. novocaină, se extrage 10 cm³ şi se injectează subcutanat. *Rezultate imediate:* puls (120) în primele 20 minute, apoi revine la normal. N'a avut greţuri sau vărsături, respiraţia normală. *Rezultate tardive:* nici un fenomen.

9. *Observaţiunea No. 173* din anul 1925. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Prolaps genital. Amputaţia colului. Vindecare. Anestezie cu novocaină 0.12 ctg. Se extrage 10 cm³ l. c. r. şi se injectează subcutanat. *Rezultate imediate:* puls (90) peste 10 minute ajunge la 70. Nu s'a observat nici un alt fenomen imediat. *Rezultate tardive:* nu s'a observat nici unul.

Scanned with OKEN Scanner

10. *Observaţiunea No. 190* din anul 1925. Clinica ginecologie a D-lui Prof. C. Daniel. Piosalpinx bilateral. Salpingectomie. Vindecare. Anestezie cu 0.12 ctg. novocainã; se axtrage 10 cm³ l. c. r. şi se injectează subcutanat. Nu s'a observat nici unul din fenomenele imediate sau tardive.

11. *Observaţiunea No. 202* din anul 1925. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Salpingită bilateraiă. Salpingectomie. Vindecare. Anestezie cu 0.12 ctg. sincainã se extrage 10 cm³ l. c. r. şi se injectează subcutanat. *Rezultate imediate:* In primele 15—20 minute pulsul ajunge la 105, apoi treptat coboară. N'a avut greţuri sau vărsături. *Rezultate tardive:* nu s'a înregistrat nici un fenomen.

12. *Observaţiunea No. 220* din anul 1925. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Fibrom uterin. Histerectomie subtotală. Vindecare. Anestezie cu 0.12 ctg. novocainã. S'a extras lichid cefalo-rachidian şi s'a injectat intravenos 2 cm³. *Rezultate imediate:* puls (120), revine la normal în 10 minute; n'a avut greţuri sau vómismente; bolnava foarte liniştită. *Rezultate tardive:* nu s'a observat nimic.

13. *Observaţiunea No. 203* din anul 1925. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Prolaps genital. Amputaţiunea colului. Vindecare. Anestezie cu 0.12 ctg. novocainã. Se extrage l. c. r. şi se injectează în mod lent intravenos 4 cm³. *Fenomene imediate:* puls accelerat (132) pe minut, peste 5 minute 120, apoi treptat ajunge la 70. N'a avut nici greţuri, nici vărsături, respiraţia normală. *Rezultate tardive:* uşoară cefalee ce a cedat numaidecât.

14. *Observaţiunea No. 225* din anul 1925. Clinica ginecologică a D-lui C. Daniel. Fibrom uterin. Histerectomie subtotală. Vindecare. Anestezie cu 0.12 ctg. syncainã. Se extrage şi se injectează intravenos 4 cm³ l. c. r. *Fenomene imediate:* puls accelerat (140). N'a avut greţuri sau vărsături; bolnava liniştită, respiraţia normală. *Fenomene tardive:* nu s'a înregistrat nimic.

15. *Observaţiunea No. 224* din anul 1925. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Anexită kistică. His-

Scanned with OKEN Scanner

terectomie subtotală. Vindecare. Anestezie rachidiană cu 0.12 ctg. syncaină; se extrage l. c. r. şi se injectează intravenos 4 cm³. Nu se observă nici un fenomen imediat sau tardiv.

16. *Observaţiunea No. 223* din anul 1925. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Hernie crurală dreaptă. Cura radicală. Vindecare. Anestezie cu 0.12 ctg. novocaină. Se extrage l. c. r. şi se injectează intravenos 7 cm³. Fenomene imediate: puls 135. N'a avut greţuri sau vărsături. Respiraţia normală. Bolnava foarte liniştită şi vioaie. *Fenomene tardive:* nu s'a observat nici unul.

17. *Observaţiunea No. 210* din anul 1925. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Tumori ovariene bilaterale. Histerectomie subtotală. Anestezie cu 0.12 ctg. novocaină. Injecţie intravenoasă cu 6 cm³ l. c. r. extras anterior. Nu s'a observat decât accelerarea pulsului în primele minute.

18. *Observaţiunea No. 212* din anul 1925. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Fibrom uterin. Histerectomie vaginală. Vindecare. Anestezie cu novocaină 0.12 ctg. Se extrage l. c. r. şi se injectează intravenos 6 cm³. Nu s'a observat nici unul din fenomenele imediate sau tardive.

19. *Observaţiunea No. 292* din anul 1925. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Fibrom, kist ovarian anesectomie dreaptă. Vindecare. Anestezie cu 0.12 ctg. caină. Injecţie intravenoasă cu 7 cm³ lichid cefalo-rachidian. *Rezultate imediate:* Puls 100. N'a avut nici greţuri, nici vomismente. *Rezultate tardive:* nici unul.

20. *Observaţiunea No. 232* din anul 1925. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Hematocel retro-uterin, anesectomie dreaptă. Vindecare. Anestezie cu 0.12 ctg. novocaină. Injecţie intravenoasă de 10 cm³ l. c. r. *Fenomene imediate:* puls 110, respiraţia normală, bolnava liniştită; n'a avut greţuri sau vărsături. *Fenomene tardive:* n'a avut cefalee sau altul din fenomenele tardive.

21. *Observaţiunea No. 249* din anul 1926. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Fibrom cu versiune uterină. Histerectomie vaginală. Anestezie cu 0.12 ctg.

Scanned with OKEN Scanner

novocainã. S'a extras şi s'a injectat intravenos 6 cm³ l. c. r. *Fenomene imediate:* puls 99, 108, apoi scoboară treptat pânăla normal. Nu s'a observat nici un alt fenomen. *Fenomene tardive:* nimic; bolnaava se simte bine.

22. *Observaţiunea No. 250* din anul 1926. Ciinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Kist hidatic al lobului drept al ficatului. Cura. Anestezie 0.12 ctg. novocainã. S'a extras şi s'a injectat 7 cm³ l. c. r. *Fenomene imediate:* puls 99 ce scoboară treptat pânăla 70. Nici un alt fenomen. *Fenomene tardive:* nu s'a observat nici un fenomen tardiv.

23. *Observaţiunea No. 258* din anul 1926. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Retroversiune uterinã. Histeropexie. Anestezie 0.12 ctg. novocainã. S'a extras şi s'a injectat 10 cm³ l. c. r. Nu s'a observat nici unul din fenomenele *imediate* sau *tardive*.

24. *Observaţiunea No. 4* din anul 1926. Clinica D-lui Prof. C. Daniel. Tuberculozã anexialã. Histerectomie subtotalã. Anestezie cu 0.12 ctg. novocainã. Se extrage şi se injectează intravenos 7 cm³ l. c. r. *Fenomene imediate:* bolnava a avut uşoare greţuri la început, apoi a fost liniştită pânăla terminarea operaţiei. *Fenomene tardive:* nici unul.

25. *Observaţiunea No. 8* din anul 1926. Ciinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Neoplasm al colului. Histerectomie. Se injectează 10 cm³ l. c. r. Nu se obsearvă nici unul din fenomenele *imediate* sau *tardive*.

26. *Observaţiunea No.* din anul 1926. Clinica ginecologică a D-lui Prof. C. Daniel. Kist intraligamentar stâng. Histerectomie. Se extrage şi se injectează intravenos 10 cm³ l. c. r. *Fenomene imediate:* nici unul afarã de o uşoarã accelerare a pulsului. *Fenomene tardive:* nu s'a observat nici unul.

27. *Observaţiunea No. 20* din anul 1926. Clinica ginecologică a D-lui Prof C. Daniel. Kist ovarian torsionat drept. Histerectomie subtotalã. Se extrage şi se injectează 8 cm³ l. c. r. Nu s'a observat nici un fenomen *imediat* sau *tardiv*.

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUZIUNI

1. Şocul rachianestezic este un sindrom clinic caracterizat prin fenomene imediate şi tardive.

2. Cefaleea este una din formele cele mai frecvente ale şocului rachianestezic.

3. Fenomenele de şoc rachianestezic sunt datorite hipotensiunii lichidului cefalo-rachidian (Leriche) sau ruperii de echilibru fiziologic dintre lichidul cefalo-rachidian şi mediul humoral (Prof. C. Daniel).

4. Aceste fenomene se pot combate prin inejcţiunea intravenoasă de apă distilată sau ser fiziologic (Leriche) şi prevenì prin injecţiunea intravenoasă de l. c. r. (Prof. C. Daniel).

5. Injecţiunile de lichid cefalo-rachidian intravenos până în cantitate de 10 cm³ sunt bine suportate de bolnave şi ele au drept efect o restabilire a echilibrului fiziologic anterior rachianesteziei.

6. In toate cazurile când s'a aplicat această metodă nu s'a observat nici unul din fenomenele imediate sau tardive ale şocului.

Văzută şi bună de imprimat

Preşedintele Tezei,
Prof. Dr. C. Daniel

Decanul Facultăţii,
Prof. Dr. Th. Ionescu

In afară de subiectul tezei, candidatul este dator să răspundă în ori-ce chestiuni medicale ce 'i se vor pune de juriul examinator.

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUSIONS

1. Le choc rachianesthésique est un syndrome clinique caracterisé par des phénomènes immédiats et tardifs.

2. La céphalée est une des formes les plus fréquentes du choc rachianesthésique.

3. Les phénomènes de choc rachianesthésique sont dûs: à l'hypotension du liquide céphalorachidien (Leriche ou à la rupture de l'équilibre physiologique entre le système nerveux central et le médium humoral (Prof. C. Daniel).

4. Les phénomènes peuvent être: combattus par les injections intraveineuses d'eau distillée ou sérum physiologique (Leriche) et prévenus par l'injection intraveineuse du liquide céphalorachidien (Prof. C. Daniel).

5. L'injection intraveineuse du liquide céphalorachidien jusqu'à 10 cm^3 est bien supportée par les malades et a l'effet de rétablir l'équilibre physiologique d'avant la rachianesthésie.

6. Aucun des phénomènes immédiats ou tardifs du choc n'a plus été remarqué dans tous les cas ou cette méthode a été appliquée.

Vue et bonne pour être imprimée.

Le président de la thèse,
Prof. Dr. C. Daniel

Le doyen de la Faculté,
Prof. Dr. Th. Ionnesco

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

Widal. — Le choc hemoclasique et colloïdoclasique. Presse méd. Avril 1920.

Leriche. — Sur l'hypotension du liquide céphalo-rachid. Presse méd. No. 98, 1923.

Bloch et Hertz. — Presse méd. No. 11, 1923.

Alamartine. — Presse méd. No. 3, 1923.

Lepeutre. — Presse méd. No. 98, 1923.

Guibal. — La rachianesthésie et ses dangers. Presse méd. 1923.

Sauvé. — Anesthésie rachidienne. Presse méd. No. 99, 1923.

Le Roi des Barres. — Presse méd. No. 96, 1923.

Santy et Langeron. — Lyon chirurgical, 1921.

Le Jemtel. — Archives médico-chirurgical de Normandie, 1921.

Lumière. — L'Avenir médicale.

Guibal. — Inefficacité et méfaits de l'injection intrarachnoidienne de caféine. Presse méd. No. 53, 1923.

Deplas et Millet. — La réputation „chocante" de l'anesthésie rachidienne est-elle justifiée? Presse méd. 1918.

Th. Ionescu. — Sur la rachianesthésie. Presse méd. No. 84, 1923.

Rosenberg et Adelsberg. — A propos de la colloïdoclasie et de hémoclasie. Presse méd. No. 88, 1923.

Chevassu. — A propos de la rachianesthésie. Presse méd. No. 96, 1923.

Leclerc. — Recherches sur la rachianesthésie.

Gautier. — Réaction de choc hémoclasique. Presse méd. No. 60, 1922.

Ionescu. — Nouvelle technique de la rachianesthésie. Presse méd. No. 86, 1922.

Gautier. — Recherches expérimentales sur la génèse de la crise hémoclasique. Presse méd. No. 82, 1922.

Lagrange. — Paralysie de l'oculo-moteur externe par la rachianesthésie. Presse méd. No. 97, 1922.

Terrien. — Les accidents oculaires tardifs de la rachianesthésie. Presse méd. No. 102, 1922.

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREŞTI

No. 2430

VOLVULUSUL STOMACULUI

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Prezentată şi susţinută în 18 Februarie 19 6

DE

S. LINSCHER

BUCUREŞTI

TIP. „PROGRESUL" STR. SF. ION NOU 1

1926

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

Decan: D-l Profesor Dr. THOMA IONESCU

Profesori titulari:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	ANGHELESCU C.
Chimia medicală	„ „	ATANASESCU N.
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie.	„ „	BĂLĂCESCU I.
Anatomia patologică Bacteriologia și patologia experimentală.	„ „	BABEȘ V.
Istologia normală și istogeneza	„ „	BESNEA ST.
Medicina experimentală	„ „	CANTACUZINO I.
Clinica ginecologică	„ „	DANIEL C.
Clinica II-a medicală	„ „	DANIELOPOLU D.
Anatomia topografică II.	„ „	GEROTA D.
Clinica și teoria obsetricală	„ „	GHEORGHIU N.
Anatomia topografică I. Clinica I-a chirurgicală	„ „	IONESCU TH.
Clinica III-a medicală	„ „	IONESCU D.
Clinica III-a chirurgicală	„ „	JUVARA E.
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	JIANU A.
Farmacologia și materia medicală.	„ „	LALU S.
Clinica boalelor oto-rhino-laringologice	„ „	METIANU N.
Clinica boalelor nervoase	„ „	MARINESCU GH.
Clinica Infantilă	„ „	MANICATIDE M.
Igiena și poliția sanitară	„ „	MEZINCESCU D.
Medicina legală	„ „	MINOVICI M.
Oftalmologia și clinica oftalmologică	„ „	MANOLESCU D.
Clinica I-a m dicală	„ „	NANU-MUSCEL I.
Clinica dermatologică și sifiligrafică	„ „	NICOLAU ST.
Clinica boalelor mintale	„ „	OBREGIA AL.
Fiziologia umană	„ „	PAULESCU N.
Patologia generală	„ „	PROCA GH.
Anatomia descriptivă și embriologia	„ „	RAINER FR.
Botanica medicală	„ „	SOLACOLU T.
Patologia medicală	„ „	THOMESCU TH.
Clinica terapeutică	„ „	TEOHARI A.
Zoologia medicală	„ „	ZOTTA G.

Profesori agregați:

Medicina operatorie . . . . . D-l Dr. CONSTANTINESCU C.

Președintele Juriului de Promoție

Profesor Dr. E. JUVARA

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici aprobare, nici desaprobare

Scanned with OKEN Scanner

Părinților mei

cărora le datoresc cea mai adâncă recunoștință și dragoste nemărginită, le dedic modesta mea lucrare.

Surorei mele

și lui

Borel

toată dragostea.

Scanned with OKEN Scanner

Domnului Profesor E. Juvara omagii respectuoase pentru deosebita onoare ce-mi face primind a prezida lucrarea mea inaugurală.

Domnului conferenţiar Doctor Ion Jianu, inspiratorul acestei teze pentru preţioasele îndrumări şi binevoitorul concurs acordat peniru înfăptuirea acestei lucrări îl rog să primească expresiunea sentimentelor mele de deosebită recunoştinţă şi profund respect.

Domnului Doctor C. Vereanu, Medicul şef al spitalului judeţean din Dorohoiu, îi voi păstra veşnică recunoştinţă pentru îndrumările şi învăţăturile pe care în mod continuu le-am dobândit de la Domniasa în tot timpul vieţei mele studenţeşti.

Familiei Herman Aronovici Bucureşti, D-lor Dr. A. Schleicher, Inginer L. Zeltzer şi Dr. H. Vainer sentimentede adâncă prietenie,

D-lui C. N. Iancu, fostul meu director de liceu, sentimente de recunoştinţă pentru educaţia scolară.

Familia Gh. Cristescu - Buc. şi lui Sandu Bujor, consideraţie şi amiciţie.

Amintirea regretatului Profesor Al. Andronescu vie şi plină de recunoştinţă în memoria mea.

Scanned with OKEN Scanner

CONSIDERAŢIUNI GENERALE

Intrebuinţarea sistematică a laparatomiei în afecţiunile abdominale cu mers acut a făcut ca să se descopere de către chirurgi o serie de afecţiuni cari până atunci erau cu desăvârşire necunoscute. Astfel datorită acestor laparatomii s'au putut stabili o serie nesfărşită de cauze determinante în ocluziile intestinale tot datorită lor s'a găsit pancreatita acută hemoragică, ileos artero mesenteric, dilataţia acută a stomahului etc. Printre numeroasele afecţiuni descoperite pe calea aceasta este şi volvulusul stomacului.

Volvulusul stomacului este o afecţiune foarte rară. Aproape jumătate din numărul cazurilor au fost descoperite pe cadavru iar restul cu ocazia laparatomiilor de urgenţă. In perioada preoperatorie primul caz a fost descris de Herti în 1866, care prin lucrări de autopsie a descris această afecţiune, care pe atunci nu prezenta alt interes decât cel anatomo-patologic nefiind întovărăşit de demonstraţiuni clinice. Al doilea caz descris tot pe cadavru a fost a lui Mazoti în 1874, al 3-lea de Dini, al patrulea Langherhans 1888, al 5-lea Saakes 1893 etc.

Pe viu în urma laparatomiei, primul caz cât şi al

Scanned with OKEN Scanner

doilea a fost descris de Berg, care în 1897 raportă două cazuri de volvulus stomacal operaţi şi vindecaţi. Afecţiunea luă astfel un interes chirurgical direct şi după 1901 o serie de noi lucrări operatorii în această privinţă avură loc, printre care citäm al lui Wiesinger în 1901, al lui Dyon în 1903, Pendl 1904, al lui Borchard 1905 etc. Aceste documente au fost grupate şi discutate de Payer în 1909, care publică un articol în „Milteilungen aus den Grenzbeibilen der Medizin und Chirurgie“ articol intitulat „Volvulus ventriculi und die Achsendrebung des Magens“ apoi de Hedlung în 1911 care scrise şi el în „Nordiskt medizinskt Arhiv“ intitulându-şi lucrarea „Magenileus Volvulus und Inkarceration“. Studiul cel mai complect l'au făcut Tuffier şi Jeanne, cari în „Revue de Gynecologie et Chirurgie abdominale“ au făcut un studiu complect din toate punctele de vedere asupra acestei chestiuni.

Graţie acestor lucrări se poate face astăzi o descriere exactă şi precisă a volvusului gastric.

In România primul caz a fost descris de dl. Profesor Severeanu, iar cel de al doilea de către dl. Dr. Ion Jianu, care făcu o comunicare la Societatea de Chirurgie în 1909.

Payer îl defineşte astfel „O torsiune a stomacului în jurul ascului trecând prin cardia şi pilor din care cauză rezultă o ocluzie cu două orificii“. Această torsiune se poate face în două sensuri: primul care este cel mai frequent, dindărăt înainte şi de jos în sus în sensul mişcărilor fiziologice, sau în sens contrar dinainte îndărât şi de jos în sus este volvulus antiperistaltic.

Torsiunea poate fi totală sau parţială.

Torsiunea parţială avem atunci când o singură parte a stomacului se cutează transversal pe cealaltă

parte rămasă liberă. Volvulusul mai este simplu sau idiopatic şi complicat.

Torsiunea parţială, am arătat, că este pliarea unei părţi a stomacului; ea nu interesează decât porţiunea pilorică. Cu toate că această posibilitate pare puţin verosimilă, Ch. Lenormant a arătat că deşi datele anatomiei clasice, cari privesc stomacul drept un organ solid fixat prin ligamente şi îi opresc complecta mobilitate în sens transversal sau vertical, cu toate acestea în realitate pe cadavru se poate constata că stomacul nu are această fixitate completă şi că ligamentele relaxate îi permit de a face deplasări destul de considerabile. Cu toate acestea, stomacul organ relativ fix este cu mult mai puţin expus la torsine precum sunt porţiunile libere ale intestinului subţire şi cel al Sului iliac.

Afecţiunea aceasta s'a observat că este mai frequentă la sexul masculin şi vrâsta de predilecţie este cea de 40 ani până maximum 70 de ani. Cele mai frequente sunt între 40 şi 50 de ani. Volvulusul stomacului se traduce clinicește prin fenomene de ocluzie gastrică.

Pentru a putea face studiul anatomo-patologic al acestei afecţiuni vom face mai întâi Anatomia stomacului.

Scanned with OKEN Scanner

ANATOMIA STOMACULUI

Stomacul prezintă diverse raporturi după cum este în stare de vacuitate, dilataţie şi depleţiune fiziologică. In stare de vacuitate aproape întreg stomacul se găseşte sîtuat la stânga liniei mediane, foarte rar la dreapta şi numai extremitatea pilorică. Pereţii anteriori şi posteriori sunt aproape în contact In stare de dilataţie, mica curbură depăşeşte cu mult linia mediană. Stomacul este fixat şi menţinut în poziţie : în sus prin continuitatea cu esofagul, în jos prin continuitatea cu duodenul, în porţiunea mijlocie şi internă prin trunchiul coelioc şi mai ales prin coronara slomachică, prin diferite repliuri peritoniale şi mai ales prin epiploonul gastro-splenic şi ligamentul gastro-frenic.

Raporturile stomaçului după chipul descrierii lui Testut sunt următoarele :

In primul rând ştim că stomacul prezintă două feţe, două margini, două extremităţi şi două tuberosităţi. *Faţa anterioară* este în raport în partea sa superioară cu extremitatea lobului stâng al ficatului în partea sa inferioară cu peretele abdominal prin triunghiul lui Labbé. *Faţaposterioară* priveşte îndărât şi în jos. Ea este în raport cu *arrière cavité* epiplonului şi prin intermediul său cu o serie de organe precum : splina, rinichiul şi

capsula supra renala stângă, pancreasul, duodenul, colonul transvers şi mesocolonul. *Marginea dreaptă* sau mica curbură, care merge dela cardia spre pilor intră în contact cu trunchiul coeliac şi lobul lui Spigel. *Marginea stângă* sau marea curbură este în contact cu colonul transvers; această margine corespunde liniei de inserţie a epiplonului gastro colic sau marele epiplon. Orificiul superior sau cardia corespunde celei de a 11 vertebră dorsală.

Orificiul inferior, sau duodenul în cazul când stomacul este gol, răspunde pe linia mediană celei de a 12 a vertebră dorsală. El este în raport la acest nivel cu faţa inferioară a ficatului, venaportă, artera hepatică, micul epiploon, capul pancreasului. *Extremitatea stângă* şi superioară, sau marea tuberozitate, se adăposteşte sub esofag. Ea intră în raport la nivelul celei de a 5-a coastă: în sus cu inima şi pulmonul, îndărât cu splina, rinichiul şi capsulele supra renale, înainte cu colonul. Pe marea tuberozitate se inseră repliurile phreno-gastrice şi gastro-splenice. *Extremitatea dreaptă* şi inferioară, sau mica tuberozitate precede pilorului, ea răspunde îndărât celei de a 4-a porţiune a duodemului şi pancreasului, iar înaintea feţei inferioare a ficatului.

Constituţia anatomică. Stomacul este constituit din 4 tunici.

Prima este tunica seroasă formată de peritoneu, a 2-a muşchiuloasă formată din trei straturi: unul din fibre longitudinale, altul din fibre circulare şi al 3-lea din fibre în ansă; urmează apoi tunica submucoasă şi mucoasă,

Vase şi nervi. Arterele stomacului provin din coronarea stomachică, hepatică, gastro-epiploică. Aceste trunchiuri, sau ramurile lor, constituie în jurul lui un mare cerc gastric de unde pleacă mai multe ramuri destinate celor două feţe.

Venele constituie un plexus sub mucos şi unul sub seros, ele se termină la venele homonime triunchiurilor arteriale corespunzătóare şi cari deservesc vena portă. Limfaticele mucoasei condensate în plexusuri sub epiteliale şi sub mucoase se reunesc la limfaticele muşchiuloasei spre a da un plexus sub peritonial. Din acest plexus pleacă trunchiuri colectoase răspunzând teritoriilor limfatice speciale şi ajungând la grupe ganglionare determinate: grupa micei curburi, grupa marei curburi, grupa marei tuberosităţi, grupa hilului splinei.

Nervii constitue un plexus intra-muscular (Plexus Auerbach) şi unul sub mucos (plexus Meissner).

Scanned with OKEN Scanner

ANATOMIE PATOLOGICĂ

Cunoştinţele noastre asupra anatomiei patologice a volvulusului stomacului sunt foarte precise, datorită mai cu seamă lucrărilor lui Tuffier şi Jeanne.

Mai întâi se impune diviziunea după întinderea şi sensul torsiunei. Volvulusul poate fi *total* sau *parţial.* Cel mai frequent este cel total, proporţia e de 9 la 10, stomacul fiind răsucit de la stânga la dreapta, şi dindărât înainte în jurul unei curburi cele două orificii servind drept pivot. Intinderea mişcărei este de 180^0, (observaţiunea Berg) Stomacul este complect răsucit, marea curbură fiind în sus sub diafragm, iar mica curbură în jos. In varietatea 2-a adică cea parietală, care se adresează întotdeauna segmentului orizontal piloric al stomacului, pilorul singur este obliterat şi cardia rămâne liberă. Distincţia între aceste două varietăţi nu este aşa de uşoară. Torsiunea se face cele mai adesea ori 8 la 10 după Payer de jos în sus şi dindărât înainte, adică în sensul fiziologic al mişcărilor de contracţiune ale stomacului. Faţa posterioară se ridică înainte şi în sus este volvulusul *isoperistaltic.* Cu mult mai rar volvulusul este *antiperistaltic* şi atunci torsiunea se face de jos în sus şi dinainte îndărât, faţa anterioară a stomacului devenind laterală.

Scanned with OKEN Scanner

Volvulusul isoperistaltic. In cazurile cele mai dese torsiunea este de 180°. Câteodată răsucirea este mai mare decât 180° atingând 270° în cazurile lui Bertl şi Pendl. Subt influenţa răsucirei, mica curbură se deformează devenind un unghiu ascuţit şi cele două orificii ale stomacului se apropie. Raporturile stomacului răsucit cu colonul transvers sunt variabile. Câteodată colonul rămâne în loc, dedesubtul stomacului: este varietatea *supra colică* foarte rară. Mai adesea, 9 la 11 dintre operaţi, volvulusul este *infra* colic; colonul urmând stomacul, în deplasarea lui urcă între el şi diafragm. Colonul poate fi, în cazul acesta, comprimat.

Volvulus parţial. Răsucirea în acest caz nu interesează decât segmentul piloric al stomacului, cel cardiac rămâne liber. Ea se face mai ales în sens isoperistalic. Volvulusul subtotal este mai ales secundar, câteodată este datorit unei tumori, alteori unui ulcer care a determinat biloculaţia stomacului (Borchardt) aderenţe de perigastrite; poate fi datorit şi aderenţelor epiploiee, în cazul D-lui Doctor Ion Jianu. Aci răsucirea este mai mică de 180°.

In volvulus total, un prim rezultat al torsiunei gastrice este închiderea orificiilor. Ea începe dela pilor şi devine din ce în ce mai accentuată. Este o ocluzie intrinsecă. In acest stomac hipersecreţia mucoasei adună un lichid brun hemoragic de 4 litri chiar. Această îngrămădire de substanţe aduce după sine dilataţia primitivă a stomacului, care este caracterizată prin mărirea capacităţei stomacului de jos în sus, compresând diafragmul pe care-l împinge în torace determinând astfel oarecare jenă respiratorie. In dilataţie rezervoriul gastric suferă distenziunea mecanică a antrului pre-piloric. Alteraţiunile parietale ale stomacului sunt aceleaşi ca şi în volvulusul intestinal, dar mersul

lor este relativ mai lent. Subt influenţa stazei gastrice stomacul se congestionează, devine violaceu cu echimoze mici herniare în adâncimea peretului. Când deschizi stomacul. ies o mulţime de gaze extrem de fetide. Peritoneul conţine căteodată un lichid seros, alteori serohermoragic. In cazul acesta, pronosticul este extrem de grav. Până în prezent din cazurile descrise, aproape toţi au sucombat în urma operaţiei. Altă complicaţie imediată este perforaţia stomacului, în care caz intervenţia operatorie nu poate fi decât tardivă. S'a găsit într'un caz un anevrism al Aortei abdominale, care nu poate fi pus în legătură cu volvulusul stomacului. In *volvulusul parţial* alteraţiile parietale ale stomacului lipsesc cu desăvârşire.

Mersul este cronic şi poate termina cu ruptură.

ETIOLOGIE

Volvulusul stomacului loveşte cu deosebire sexul masculin şi este mai frequent între vrăsta de 40 şi 70 de ani. Volvulusul acut total loveşte pe om în plină sănătate, pe când celelalte au o evoluţie cronică. Cauzele producătoare ale volvulusului stomacului sunt multiple şi variate. Astfel: 1) traumatismele au un rol preponderent prin zguduirea stomacului 2) Volvulusul complicând o hernie diafragmatică 3) volvulusul cauzat de o tumoare gastrică, precum este cancerul sau sarcomul, alteră o tumoare benignă, 4) volvulus cauzat de un proces inflamator perigastric aducând formaţii de bride fibroase, 5) volvulus prin deplasarea organelor vecine, splina sau ficatul, 6) volvulus prin bride epipoice post operatorii, caz observat de către Dl. Dr. Ion

lianu, 7) volvulusul idiopatic. Acesta din urmă care este primitiv, survine într'un stomac normal.

Două circumstanţe etiologice frequent semnalate, prezintă oarecare importanţă, pe deoparte depleţiunea gastrică, pe de altă parte un choc brusc pe regiunea stomacului.

DIAGNOSTICUL

Diagnosticul volvulusului stomacului a fost foarte bine precizat de Ch. Lenormant, care-l caracterizează în felul următor:

El împarte simptomatologia stomacului după cum este cu mers acut sau cronic. In volvulus total cu mers acut se observă următoarele: Debutul accidentelor este brusc şi survine pe neaşteptate în plină sănătate. Afecţiunea se traduce printr'o triadă simptomatică, constatând în efort de a vârsa fără rezultat, balonare limitată la regiunea epigastrică, imposibilitate de a introduce sonda în stomac (Borchardt). Cu totul la început când occluzia cardiei nu a fost încă complectă, bolnavul poate avea câteva vărsături alimentare sau mucoase, câteodată brune şi amestecate cu sânge, dar nu sunt niciodată bilioase nici fecaloide.

Incetul cu incetul aceste vărsături descresc, apoi încetează complect. Inchiderea cardiei se opune la aceasta, lichidele absorbite nu pot trece în stomac şi sunt imediat aruncate afară. Balonarea gastrică este un simptom constant şi precoce. Localizat la epigastru şi la hipocondrul stâng el contrastează cu turtirea restului abdomenului. La nivelul său percuţia dă o sono-

ritate timpanică. Mai târziu distenziunea stomacului devine astfel că balonarea se întinde la totalitatea abdomenului. Oprirea sondei la nivelul cardiei este un fenomen constant. Căteodată se poate împinge puţin mai mult decât 41 cm. cardia găsindu-se ea însuşi coborâtă, dar este imposibil a o împinge mai departe. Açestor 3 simptome cardinale li se adaugă căteodată, de o importanţă mai puţin decisivă, deplasarea inimei a stânga, jena respiratorie prin compresia diafragmatică lsemne de compresie a nervului frenic şi anume durerea prin compresiunea pe traectul frenicului, adică la marginele sternului la nivelul spaţiilor intercostale, apoi punctul sterno-cleido-mastoidian. Durerile sunt variabile; sub formă de tensiune profundă la hipocondru, dureri opresive localizate la regiunea precordială (Payer) şi exagerate prin presiune pe stomac.

Simptomele generale foarte accentuate, sînt acelea ale unei ocluzii intestinale grave.

Ele ajung repede la colapsus şi s'au văzut morţi în 24 de ore, alteori se poate trăi până la 8 zile. Niçi odată nu s'a observat în clinică gangrena sau perforaţia stomacului

Bolnavul a murit înainte ca această eventualitate să se fi produs. Mai mulţi bolnavi nu au prezentat atari simptome, ci accidente mult mai puţin asemănătoare terminate prin vindecare şi annme probabil prin detorsiune spontană. Diagnosticul pare să fie exact conform celor enumerate. In trei cazuri acest diagnostic a fost pus cu multă precizie, la ceilalţi bolnavi medicii s'au gândit la alte afecţiuni abdominale clasice precum: peritonita, ocluziuni intestinale, pancreatita hemoragică etc.

In *vo'vulusul parţial* simptomele sunt mai puţin nete şi impresionante.

Scanned with OKEN Scanner

S'au văzut cazuri de volvulus parţial cronic, în cari bolnavii se plângea de stomac, ei prezentau semne mai mult sau mai puţin evidente de ulcer, unii au suferit anterior de crize analogii. Dureri de intensitate variabilă, vârsături alimentare sau mucoasă traducând intoleranţă gastrică, o tnmefacţie sonoră la percuţie în regiunea epigastrică, aceste sunt simptomele cu deosebire observate, dar cardia rămâne permeabilă şi sonda poate fi introdusă până în stomac şi se va scoate un lichid brun sanghinolent. Cu toată încetineala relativă a evoluţiei, accidentele se agravează progresiv şi se ajunge fatal la moarte dacă nu se intervine. Diagnosticul în acest caz este mai uşor ca în volvulus total acut.

DIAGNOSTIC DIFERENŢIAL

Diagnosticul diferenţial se va face mai cu deosebire cu Peritonita prin perforaţie, occluzii intestinale şi pancreatita hemoragică. In occluzii intestinale ştim că avem tot dureri violente, dar aci au o localizare mai puţin precisă, apoi vărsăturile sunt alimentare la început apoi bilioase, luând repede un caracter fecaloid, cu alte cuvinte se aseamănă perfect cu conţinutul galben al intestinului subţire. In volvulus deobicei nu avem vărsături şi când le avem, în nici un caz nu sunt bilioase, cu atât mai puţin fecaloide In volvulus mai avem prezenţa unei tumori abdominale, corespunzând regiunei stomacului. In occluzii intestinale putem face sondajul stomacului pe când în volvulus nu. Occluzia

Scanned with OKEN Scanner

intestinală cronică se poate confunda cu volvulusul partial.

Aci balotare este mult mai tardivă şi sonoritatea la percuţie nu este în regiunea gastrică. Am spus că se poate face diagnosticul diferenţial cu pancreatita hemoragică şi Peritonita prin perforaţie. In ambele cazuri avem turburări gastrice prin reflex plus durere. Elementul durerei este mult mai pronunţat în aceste două afecţiuni.

TRATAMENTUL

Tratamentul în volvulusul stomacului este deosebit în cel cronicc ca în cel acut precum şi în cel total şi partial. Tratamentul medical a fost preconizat de de Nieşi, care susţine că prin cateterismul stomacului se pot amendà simptomele, la chiar se poate face vindecarea completă, iar Tuffier şi Jeanne susţin că însuflaţia stomacului ar putea produce detorsiunea. Toate aceste incercări nu au dat rezultate concludenţe aşa că nu ne râmâne alt tratament de cât cel chirurgical. Laparatomia este deci singura terapeutică a volvulusului stomacului. Abdomenul deschis şi leziunea recunoscută, indicaţia evident este de o desrăsuci stomacul şi a-l repune în situaţia normală.

Tuffier şi Jeanne descriu astfel timpii operatori. Inainte de a face laparatomia vom face cateterismul stomacului (de cele mai adeseaori nu vom reuşi a scoate nimic) şi apoi vom procedà la facerea operaţiei. După ce i-am făcut anestezia generală sau rachianestezia şi am desinfectat cămpul operator facem : Timpul I :

Laparatomia, care consistă într'o incizie mergând de la apendicele xifoid la ombilic, în caz de nevoie se poate prelungi incizia cu căţivă cm. sub ambilic. Timpul II *Inspecţia*. Ni se prezintă la deschiderea plăgei un chist mare congestionat acoperit cu membrane de aspect epiploic. După ce am constatat prezenţa volvulusului vom face Timpul III care consistă în a puncţiona chistul stomacul cu trocarul.

Prin puncţia făcută va eşi o cantitate enormă de materii de obicei alimentare şi secreţii mucoase. Orificiul puncţiei este închis cu grijă printr'o sutură seroseroasă în 2 etaje. Aci D-l Conferenţiar Doctor Ion Jianu, preconizează ca trocarul să fie racordat cu un tub de cauciuc la distanţa, pentru a preveni infecţiunea şi sutura în bursă la nivelul puncţiei. (De multe ori nu găsim stomacul în poziţia mai sus descrisă, ci găsim pliuri anormale falşe curburi, atunci ne orientăm după 2 caractere anatomice şi anume : situaţiunea anterioară a coronarei stomachice şi inserţia epiplonului la marea curbură). După ce organul a fost golit facem Timpul *IV detorsiunea*, care se face face prin simplă tracţiune în jos a epiplonului şi a marei curburi, alte mâini favorizează urcarea celei mici.

Timpul V. Trebue apoi verificat dacă stomacul este bine la locul lui, inspectând din nou inserţia marelui epiplon şi coronarei stomachice.

Timpul IV refacerea tesuturilor. *Operaţii complimentare.* Pentru a ne asigurà înpotriva unei recidive se recomandă *gastroplicaturarea* sau *gastropexia*. Cea din urmă consistă fn fixarea peretului gastric anterior de peritoneul parietal.

Rezultatele acestor intervenţiuni au fost până în

prezent foarte satisfăcătoare, ţinându-se mai ales în seamă pronosticul fatal al volvulusului abandonat la el însuşi. Proporţia de morţi este de 50%.

Ca întotdeauna în chirurgia abdominală de urgenţă precocitatea intervenţiei este elementul ultrafavorabil în pronostic şi rezultat.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAȚIUNI

OBSERVAȚIA I

a D-lui Conferențiar D-r ION JIANU

Bolnavul D. C... de 70 ani vine în serviciul de chirurgie trimes de camera de gardă cu diagnosticul de volvulus.

Antecedentele hereditare și personale fără importanță.

Istoricul maladiei actuale. Bolnavul declară că a căzut bolnav brusc de 2 zile. El sughiță dar nu avea scaune. In trecutul său n'a avut nici hematemeză nici moelena.

Starea prezentă. Bolnavul de constituție mijlocie se prezintă într'o stare dezastroasă, pulsul slab, neregulat, respirația foarte accelerată și superficială, extremitățile reci, abdomenul balonat la nivelul epigastrului.

Diagnosticul este pus de volvulusul intestinului.

Operația. Se practică laparatomia mediană sub ombilicală și nu se găsește nimic.

Se prelungește laparatomia până la apendicele Xifoid. La etajul superior al abdomenului se prezintă o tumoare bilobată elastică, echimotriă, care depinde ea de stomac, cu un lob stâng acoperit de colonul transvers

şi altul drept, mai mic acoperit de legamentul gastro-hepatic. Cum colonul cu mesocolonul acoperià partea stângă a tumorei, s'a incizat mezocolonul pe partea dreaptă a colonului transvers s'a introdus mâna între acesta din urmă şi stomac, s'a ajuns prin arrière cavitatea epiplonului la o tumoare acoperită de ligamentul gastro hepatic. Printr'o mişcare de basculă a revenit în stare normală şi colonul transvers a trecut dedesupt.

Urmările operatorii. Bolnavul a sucombat din cauza unei broncho-pneumonii.

OBSERVAŢIA II

a D-lui Conferenţiar ION JIANU

Bolnavul V. D. de 49 ani vine în serviciu pentru turburăr gastrice, hematemeză meloena şi dureri în regiunea epigastrică.

Antecedentele hereditare fără importanţă.

Antecedentele personale. Bolnavul având aceleaşi manifestări ca şi în cazul de faţă, cu 8 luni în urmă a fost operat în serviciul spitalului Colţea de către D-l Doctor Nasta pentru ulcerul stomacului.

Istoricul maladiei actuale. In urma operaţiunei efectuată de către D-l Doctor Nasta, bolnavul se simte bine, dar după 4 luni fenomenele anterioare reapar. Are iar hematemeză, meloena. Dureri în regiunea epigastrică, vărsături, regurgitaţii acide, dureri la presiune la nivelul stomacului.

Examenul somatric:

Pulmon. Uşoară submatitate la baza dreapta, nici un sgomot supra adăugat.

Scanned with OKEN Scanner

Cord. Nimic orificial. Cordul bine bătut.
Ficatul. Nu depăşeşte falşe coaste.
Abdomen. Dureri în regiunea epigastrică.
Rinichi. Nu se găseşte nimic.
Reflexele tendinoase şi cutanate normale.

Diagnosticul. Se pune diagnosticul de ulcer al stomacului recidivat.

Operaţia. Bolnavul este operat în 8 Octombrie 1925. Se face rachio novocainizare 0,06 ctg. şi Kelen general à rève. Operaţia este efectuată de către D-l Doctor Ion Jianu asistat de D-ra internă Iliescu. Se face laparatomie mediană dela apendicile Xifoid la ombilic. Se găseşte marele epiplon aderent la faţa anterioară a stomacului şi formând o bridă care strangulează stomacul şi colonul. Stomacul este răsucit parţial în jurul axului cardo-piloric. La nivelul pilorului se găseşte o cicatrice caloasă datorită probabil operaţiunei anterioare făcută la acest nivel. Se secţionează aderenţele epiploice se leagă liberându-se stomacul şi colonul. Se desrăsuceşte stomacul punându-l în poziţia lui obişnuită. Se refac teşuturile. In timpul operaţiei pentru a se face mai multă lumină se face o incizie transversală dreaptă.

Urmările operatorii. La plecarea din spital bolnavul se simte bine, nemaiavând nimic care să-l jeneze. Revăzut peste 2 luni se menţine în aceaşi bună stare.

CONCLUZIUNI

1. Volvulusul stomacului este o afecţiune foarte rară.
2. Volvulusul este răsucirea lui în jurul axului cardio-piloric, răsucire care produce occluzie gastrică.
3. Volvulusul este total şi parţial, isoperistaltic şi antiperistaltic, supra colic şi infra-colic, acut şi cronic.
4. Volvulusul este determinat prin relaxarea ligamentelor, dilataţia şi ptoza stomacului, de mărirea bruscă a tensiunei interioare a organului, de bride peritoniale epiploice. Aceste cauze pot să lucreze izolat sau intrunite.
5. Laparatomia este singura terapeutică a volvulusului stomacului, ea trebue să fie cât mai precoce.
6. Operaţia consistă în detorsiunea organului. Plicatura şi pexia lui evită recidiva.

Văzută şi bună de imprimat

Preşedintele tezei
Prof. Dr. E. Juvara

Decanul Facultăţei
Prof. Dr. Toma Ionescu

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUSIONS

1. Le volvulus de l'éstomac est une affection très rare.

2. Le volvulus de l'éstomac est une torsion de l'éstomac autour de l'axe cardio-pilorique, torsion qui produit une occlusion gastrique.

3. Le volvulus de l'éstomac peut être total ou partiel, isopéristaltique et antipéristaltique, supra colique et infracolique, acute et cronique.

4. Le volvulus de l'éstomac est determiné par la relaxation des ligaments, dilatation et ptoze de l'éstomac augmentation brusque de la tension intéricure de l'organe, brides péritoneales épiploiques.

Ces causes peuvent influencer en tout et en partie.

5. La thérapeutique du volvulus de l'éstomac est la laparatomie, elle doit être exécutée sans retard.

6. L'opération consiste dans la détorsion de l'organe. La plicature et la pexie évite la récidive.

Vue et bonne pour être imprimée.

Le président de la thèse
Prof. Dr. E. JUVARA

Le doyen de la Faculté
Prof. Dr. THOMAS IONESCO

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

1. A le Dentu et Delbet Traité de Chirurgie.
2. Dr. Chaput Thérapeutique chirurgicale des affections de l'intestin rect un et l'estomac.
3. Duploy—Reclus Traité de Chirurgie.
4. Duplay—Reclus Traité de Chirurgie
5. Dechambre Dictionnaire encyclopedique des sciences médicales.
6. Herdlung. Volvulus ventriculi. — Nordiskt Medizinkt Arhiv
7. Lenormant Ch. Volvulus de l'éstomac. Presse Médicale.
8. Niosi Volvulus de l'éstomac. Presse Médicale.
9. Qdisio. Chirurgie abdominale
10. Pendl. Wien Klin Wochenschrift.
11. Testut. Traité d'Anatomie.
12. Tuffier et Jeanne. Volvulus de l'éstomac. Traité de Chirurgie et Gynecologie abdominale.

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 2431

CONSIDERAȚIUNI
ASUPRA
MANIFESTAȚIUNLIOR CARDIO-AORTICE ALE HIPERTENSIUNEI ARTERIALE CRONICE DIN PUNCT DE VEDERE CLINIC ȘI RADIOLOGIC

TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

6 Martie

Prezentată și susținută la ..... Februarie 1926

DE

GABRIELA DRAGOTEANU
Fostă externă a spitalelor Eforiei

BUCUREȘTI
«CARTEA ROMÂNEASCĂ» S. A.
1926

17.778

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

Decan: **D-nul Profesor Dr. THOMA IONESCU.**

Profesori titulari:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.		*Angelescu C.*
Chimia medicală	„	„	*Athanasescu N.*
Clinica chirurgicală infantilă şi ortopedie	„	„	*Bălăcescu C.*
Anatomia patologică Bacteriologia şi patologia experimentală	„	„	*Babeş V.*
Istologia normală şi Istogeneza	„	„	*Besnea St.*
Medicina experimentală	„	„	*Cantacuzino I.*
Clinica ginecologică	„	„	*Daniel C.*
Clinica II-a medicală	„	„	*Danielopol C.*
Anatomia topografică II.	„	„	*Gerota D.*
Clinica şi teoria obstetricală.	„	„	*Gheorghiu N.*
Anatomia topografică I Clinica I chirurgicală	„	„	*Ionescu Th.*
Clinica III-a medicală.	„	„	*Ionescu D.*
Clinica III-a chirurgicală	„	„	*Juvara E.*
Clinica boalelor căilor urinare.	„	„	*Jianu A.*
Farmacologia şi materia medicală	„	„	*Lalu S.*
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„	„	*Meţianu N.*
Clinica boalelor nervoase	„	„	*Marinescu Gh.*
Clinica infantilă	„	„	*Manicatide M.*
Igiena şi poliţia sanitară	„	„	*Mezincescu D.*
Medicina legală.	„	„	*Minovici M.*
Oftalmologia şi clinica oftalmologică.	„	„	*Manolescu D*
Clinica I-a medicală.	„	„	*Nanu-Muscel*
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„	„	*Nicolau St.*
Clinica boalelor mintale.	„	„	*Obregia Al.*
Fiziologia umană	„	„	*Paulescu N.*
Patologia generală	„	„	*Proca Gh.*
Botanica medicală	„	„	*Solacolu T.*
Anatomia descriptivă şi embriologia.	„	„	*Rainer Fr.*
Patologia medicală	„	„	*Thomescu I. T.*
Clinica terapeutică	„	„	*Theohari A.*
Zoologia medicală.	„	„	*Zotta Gh.*

Profesori agregaţi:

Medicina operatorie . . . . . D-l Dr. *Constantinescu C.*

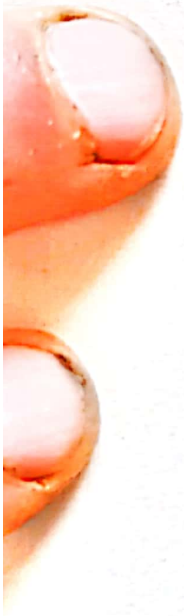
Preşedintele Tezei: D-nul Profesor Dr. **Nanu-Muscel**

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprimă, nici aprobare, nici dezaprobare.

Scanned with OKEN Scanner

Părinților Mei.

nețărmurită dragoste și
recunoștință.



Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Prin marea frequență cu care se întâlnește, prin numeroasele complicații la care poate da naștere, hipertensiunea arterială constitue una dintre cele mai importante chestiuni de studiat. Intre diferitele turburări organice de care hipertensiunea arterială se însoțește, turburările cardio-aortice prezintă un interes deosebit prin gravitatea accidentelor ce pot survenì din partea acestor organe. Urmărind cazurile destul de frequente de asistolie survenite la indivizii ce au trecut de 40 ani, vedem că în majoritatea cazurilor asistolia se întovărășește de hipertensiune arterială, sau deși tensiunea e scăzută prin cedarea miocardului, putem însă să ne dăm seama că această cedare a miocardului nu este decât efectul ultim al influenței hipertensiunei asupra cordului.

După observațiunile lui Fahr 75 la sută din afecțiunile cronice ale miocardului se întovărășesc sau sunt consecutive hipertensiunei arteriale. Din statisticele mortalității statelor-Unite și ținând seama de proporția dată de Fahr, rezultă că mortalitatea datorită accidentelor cardiace la hipertensivi ar fi aproape tot atât de importantă ca aceea datorită cancerului. Dată fiind importanța acestor complicațiuni cardiace ale hipertensivilor, studiul lor trebue făcut pe cât mai complect posibil. Dacă prin mijloacele terapeutice obișnuite nu putem înlătură apariția turburărilor cardiace în cursul hipertensiunei arteriale, ceace însă putem face e ca urmărind și cunoscând de aproape evoluția leziunilor cordului, să amânăm pe cât e cu putință apariția accidentelor grave printr'un tratament rațional și la timp aplicat.

Pe lângă mijloacele obișnuite ale clinicei, radiologia vine să complecteze și să perfecționeze clinica, dându-ne o idee mai precisă asupra stării cordului și aortei. Și aci ca și în afecțiunile cordului în general, examenul radiologic este indispensabil.

Scanned with OKEN Scanner

In lucrarea de faţă ne-am propus să arătăm pe scurt diferitele manifestări cardio-aortice ale hipertensiunei arteriale din punct de vedere clinic şi radiologic şi importanţa examenului radiologic în urmărirea acestor complicaţiuni.

Primul capitol va cuprinde consideraţiuni generale asupra hipertensiunei arteriale.

Capitolul II : turburările cardio-aortice ale hipertensiunei arteriale din puncte de vedere clinic.

Cap. III : expresiunea radiologică a hipertensiunei arteriale

Cap. IV : Importanţa examenului radiologc al aparatului cardio-vascular în hipertensiunea arterială cronică.

* * *

Inainte de a începe această lucrare ţin să exprim D-lui Prof. Dr. Nanu Muscel profunda mea recunoştinţă pentru buna voinţă ce mi-a arătat primind să lucrez teza în serviciul D-sale, pentru preţioasele cunoştinţi medicale şi bune sfaturi căpătate dela D-sa în tot timpul cât am lucrat ca stagiară şi externă şi pentru onoarea ce mi-a făcut primind prezidarea juriului de promoţie.

Mulţumiri şi recunoştinţă D-lor Profesori şi D-lor Doctori care au contribuit la formarea educaţiei mele medicale.

D-lui D-r Lazeanu care mi-a inspirat subiectul acestei teze, îi aduc călduroase mulţumiri pentru îndrumările date în alcătuirea acestei lucrări, pentru nemărginita bună voinţă ce mi-a arătat şi pentru cunoştinţele de radiologie primite dela D-sa.

Omagii juriului meu de promoţie.

D-nei Clotilda G-ral Averescu, preşedinta societăţei de care depinde căminul studentelor „Spiru Haret" şi D-nei Adela Dimitriu directoarea acestui cămin în care eu am locuit tot timpul studiilor mele le aduc pe această cale asigurarea recunoştinţei pe care o voi păstra-o întotdeauna pentru dragostea şi munca neobosită ce depun în conducerea acestei instituţii.

CAP. I.

CONSIDERAȚIUNI GENERALE ASUPRA HIPERTENSIUNEI ARTERIALE.

Prin hipertensiune se înțelege în general o ridicare a tensiunei arteriale normale.

Această tensiune arterială reprezintă forța de retracție a arterei, forță ce echilibrează presiunea sub care circulă sângele în arteră. Cum simpla palpare a vasului e incapabilă să ne dea o idee chiar aproximativă despre valoarea tensiunei arteriale, s'a căutat a se substitui acestui procedeu o serie întreagă de aparate așa zise de precizie. In 1876 Von Basch din Viena avu idea de a strivi artera printr'un sac plin cu apă și măsurând presiunea lichidului conținut în pelotă în momentul când bătăile arterei nu se mai simțeau, măsura în mod indirect presiunea arterială.

Potain înlocui pelota cu apă printr'una cu aer, manometrul cu mercur printr'unul metalic, și realiză astfel primul aparat portativ ușor de întrebuințat în practica curentă. Cu aceste aparate însă se aprecia numai tensiunea maximă arterială cea sistolică, nu se putea măsurà presiunea minimă, adică diastolică. Cu timpul se construiră diferite sfigmomanometre capabile a aprecia și această valoare a tensiunei minime. Astăzi metodele obișnuite pentru măsurarea presiunei arteriale sunt 3.: metoda palpatorie, oscilatorie și ascultatorie. Cifra ce ne indică tensiunea maximă e de 12—13 prin aceste 3 metode de 11—12 prin metoda Riva Roce, 16—17 cu aparatul lui Potain. Tensiunea minimă e de 7—9 cm. Pentru evitarea erorilor în măsurarea tensiunei arteriale, trebuesc luate anumite precauțiuni :

1) Aparatul să fie controlat.

2) Brațul bolnavului să fie la un nivel cu cordul.

3) Bolnavul să nu fie imediat după masă, digestia ridicând tensiunea arterială.

4) Nu trebue reţinut primul rezultat obţinut, artera reacţionând în primele momente printr'un spasm putem avea o tensiune mai mare, 5 minute sunt de obiceiu suficiente pentru a avea adevărata valoare „tensiunea reziduală" a lui Gallavardin.

5) Trebue evitată compresia prelungită a arterei.

Introdusă în clinică de Potain, măsurarea presiunei arteriale a devenit azi atât de curentă încât nu mai putem spune că avem examenul complect al unui bolnav fără să ştim care este presiunea lui arterială. Numai astfel putem descoperi adeseori variaţii însemnate ale tensiunei arteriale, hipertensiuni latente din punct de vedere clinic şi importante de cunoscut în ceeace priveşte diagnosticul, pronosticul şi tratamentul.

Hipertensiunea arterială, semnalată printre primii de Traube, se întâlneşte foarte adeseori în clinică mai ales la indivizii ce au trecut de 45 ani.

In stabilirea diagnosticului de hipertensiune arterială în afară de precauţiunile ce am văzut că trebuesc luate spre a evita ori ce eroare, mai trebue să ţinem seama de o serie de cauze ce pot interveni şi modifică tensiunea arterială. Aşa spre exemplu avem o „hipertensiune de lux" cum zice profesorul Vaquez rezultată dintr'o alimentaţie prea copioasă, o oboseală, şi care cedează cu repaosul, regimul. Inaintea menstruaţiei mai ales la femeile în apropierea menopauzei putem avea o ridicare trecătoare a tensiunei arteriale. Invers o tensiune arterială ridicată poate fi scăzută în cursul şi în convalescenţa maladiilor infecţioase febra-tifoidă, gripa, pneumonia. Insuficienţa cordului de asemenea aduce o scădere a tensiunei arteriale. Coma mai ales are o acţiune depresivă.

Hipertensiunea arterială se poate împărţi în trecătoare şi permanentă. Prima o întâlnim în timpul colicei de plumb, în cursul eclampsiei şi la tabetici în crizele gastrice. Această hipertensiune trecătoare poate devenì cu timpul permanentă. A doua formă, hipertensiunea cronică, e forma cea mai frequentă, începe în general la 40 ani, excepţional la tineri, constitue o adevărată maladie hipertensivă.

Scanned with OKEN Scanner

Intrucât privește etiologia, cauze multiple pot fi incriminate : intoxicații, infecții, hereditatea ar juca un rol important.

Patogenia hipertensiunei e încă contraversată. Parte dintre clinicieni și anatomo-patologiști susțin că hipertensiunea e consecutivă leziunilor renale, Vaquez admite hipertensiunea primitivă, scleroza renală, arterială fiind consecutive și pune această hipertensiune pe seama alterațiunilor sistemului crocmaffin. Simptomatologia hipertensiunei arteriale variază după cazuri. Gravitatea accidentelor variază după gradul hipertensiunei, regula însă nu e tocmai absolută, și aceasta se explică prin intervenția și a altor factori, starea cordului, a vaselor.

Poate rămâne latentă ani de zile, fiind descoperită numai prin măsurarea tensiunei. De obiceiu găsim o serie întreagă de simptome : dispnee de efort, cefalee, hemoragii, nicturie, accidente oculare, amețeli etc. Dispnea poate surveni numai în urma efortului sau poate apărea în repaos sub forma de crize astmatiforme. Hemoragiile se întâlnesc foarte des sub diferite forme : epistaxis, hemoptizii, hemoragii intestinale, peritoneale, retinicne, hematurii, metroragii. Deși aceste simptome se pot întâlni în același timp la un individ, după predominența lor însă avem 3 forme mai principale : 1) forma vasculară sau cerebrală, 2) forma renală și 3) forma cardio-aortică.

In forma vasculară, accidentele cerebrale predomină. Ca simptome găsim : cefalee occipitală tenace, amețeli, vâjieturi în urechi, senzație de deget mort, crampe în molete, amoroză, hemianopsie, ambliopie și diplopie tranzitorii, hemoragii retiniene. Putem avea afazii, agrafii tranzitorii, paralizii trecătoare apărute brusc, crize jacksoniene. Bolnavul poate prezentà turburări mintale, amnezii, confuzie mintală și în sfârșit hemoragii meningee și cerebrale. Un număr destul de considerabil dintre hipertensivi sfârșesc prin apoplexia cerebrală. Accidentele cerebrale se întâlnesc de obiceiu în hipertensiunile forte, mai ales când survin ridicări paroxistice.

In forma renală sindromul e complex intervin în același timp complicații datorite turburărilor în funcțiunea renală, retenții de azot, cloruri, alături de complicațiile de ordin mecanic pe care le-am văzut rupturi vasculare etc.

In cea de a treia formă, cardio-aortică, deși bolnavul pre-

zintă de cele mai multe ori atât simptomele formei vasculare cât şi modificări în funcţiunile renale, totuşi accidentele cardio-aortice sunt predominente maschează restul, bolnavii sfârşesc ca nişte adevăraţi cardiaci.

In lucrarea de faţă ne propunem să urmărim mai de aproape modificările cordului şi aortei atât din punct de vedere clinic cât şi radiologic tocmai în această formă a hipertensiunei unde totul depinde de starea acestor organe.

CAP. II.

TURBURĂRILE CARDIO-AORTICE ALE HIPERTENSIUNEI ARTERIALE. DIN PUNCT DE VEDERE CLINIC.

Hipertensiunea arterială joacă unul din cele mai importante roluri în patologia cordului şi aortei. Repercutarea ei asupra acestor organe se face foarte de timpuriu. Primele simptome prin care se traduce răsunetul hipertensiunei art. asupra cordului sunt : accentuarea zgomotului II aortic şi hipertrofia ventriculului stâng. La început avem un simplu răsunet diastolic ce se aude în al doilea şi al treilea spaţiu intercostal drept şi care e în relaţie cu gradul de hipertensiune, mai târziu când se adaugă şi o scleroză a valvulelor aortice găsim adevăratul „clangor" ce se aude în toată regiunea precordială. Hipertrofia ventriculului stâng se recunoaşte clinic prin energia bătăilor vârfului şi prin coborârea acestuia, dar cel mai bun mijloc de a pune în evidenţă această hipertrofie ventriculară abia incipientă este examenul radiologic. Tot cu ajutorul radiologiei putem aprecia modificările iniţiale ale aortei, o uşoară creştere a calibrului vasului şi o exagerare a curburilor crosei.

In această fază, bolnavul poate prezentà uşoară dispnee de efort, palpitaţii, semne vasculare, oarecare manifestări din partea rinichilor. Cât timp ventriculul stâng hipertrofiat luptă bine faţă de efortul ce-i se impune prin creşterea rezistenţei periferice, se stabileşte un echilibru circulator ce poate durà ani de zile fără ca alte complicaţiuni din partea aparatulu

Scanned with OKEN Scanner

circulator să survină. Când însă cordul începe să cedeze, să se dilate, accidentele cardiace încep să amenințe.

Cu timpul dilatația aortei progresează, se adaugă un oarecare grad de scleroză arterială. Matitatea prevasculară începe să depășească marginea dreaptă a sternului. Aorta proemină în furculița sternală. La ascultația cordului în focarul aortei putem găsi un suflu sistolic datorit aortitei și adeseori un suflu diastolic ce traduce insuficiența aortică de natură arterială, maladia lui Hogdson. Odată cu accentuarea leziunilor aortei pot apărea crize dureroase cu caracter anginos.

Treptat hipertrofia ventriculului stâng se accentuează, devine accisibilă percuției, se adaugă un oarecare grad de dilatație a acestui ventricul semn că fibra cardiacă începe să cedeze. Cedararea cordului e adeseori anunțată prin apariția extrasistolelor, ce distanțate la început devin din ce în ce mai frequente. In unele cazuri ele se grupează dând impresia la ascultație a aritmiei complecte. Aceste extrasistole nu sunt însoțite de nici-un fel de senzație, nu sunt percepute de bolnav, ele sunt descoperite prin examenul medical sau bolnavul ne spune că luându-și pulsul a observat intermitențe. O altă modificare în ritm care ne traduce începutul de dilatație ventriculară e tachicardia. Cordul caută să supleeze prin numărul bătăilor energia diminuată a pereților. Această tachicardie e moderată 100—120 pulsațiuni pe minut. La început numărul pulsațiunilor diminuă sub influența tratamentului, în faza mai înaintată tachicardia nu mai e influențată de tratament. O a treia turburare de ritm cu aceiași semnificație ca și cele două precedente și care nu lipsește în majoritatea cazurilor e ritmul de galop. Acest galop stâng, la început se aude numai în regiunea vârfului cordului, când însă ventriculul stâng mult mărit ocupă toată fața anterioară a cordului galopul se aude în toată regiunea precordială. Laubry Routier și Oury atrag atențiunea asupra faptului că oridecâteori avem galop sgomotele cordului sunt asurdite și aceasta e important de cunoscut pentru a nu se confunda cu galopul dedublarea primului sau a celui de al doilea zgomot cardiac. Dată fiind importanța ritmului de galop a cărui apariție ne indică un început de cedare a cordului, diagnosticul lui trebue făcut cu oarecari precauțiuni. Cu toată semnificația lui însă, galopul poate persista ani de zile

la un bolnav până să apară accidente grave din partea cordului.

Un alt semn prin care se poate traduce dilatația ventriculului stâng este apariția suflului de insuficiență mitrală funcțională. Acest suflu se poate instala în mod brusc în urma unei dilatații ventriculare acute, de cele mai multe ori însă el se instalează în mod insiduos. Odată cu apariția suflului de insuficientă mitrală tensiunea arterială scade, totuși mai ales minima rămâne de-asupra normalei. Insuficiența mitrală mai poate fi datorită în afară de dilatația ventriculului, sclerozei progresive a endocardului propagată până la valvulele mitrale.

Sulful mitral poate coincide cu galopul, el poate exista singur și atunci are aceiași semnificație cu galopul. De obiceiu acest suflu e discret, se aude la vârful cordului, poate fi aspru și cu propagare spre axilă. Odată instalat persistă de cele mai multe ori indefinit, poate dispăreà când cedarea miocardului se accentuează.

In afară de insuficiența mitrală putem observà în unele cazuri, mai rar, o insuficiență aortică funcțională, care se instalează ca și cea mitrală fie brusc fie insiduos. Adeseori ea apare în fazele de agravare, dispare în fazele de ameliorare. Ca simptome funcționale bolnavul poate prezenta simplă dispnee de efort, dispnee continuă sau dispnee dureroasă cu senzație de constricție, dureri precordiale cu iradiațiuni în număr și în brațe mai ales cel stâng.

Toate aceste semne descrise pot persista un timp oarecare, mai devreme însă sau mai târziu apar complicațiuni grave.

Ruperea cordului și a aortei sunt excepționale.

Dilatația subită a cordului stâng se traduce prin astmul cardiac, angina de piept de decubit și edemul pulmonar. Astmul cardiac consti tiue o manifestațiune mai atenuată a insuficienței cordului stâng. Accesul survine de obiceiu seara sau după câte-va ore de somn bolnavul e apucat de o dispnee penibilă ce îl obligă să părăsească decubitusul dorsal și să-și petreacă restul nopței într'un fotoliu. După câteva minute sau câte-va ore dispnea se calmează pentru a se reproduce în noaptea următoare.

Accesul anginos survine la aceleași ore ca și astmul se însoțește de dureri penibile retro-sternale cu iradiațiuni în umăr și în brațe și se termină adesea prin edemul acut al pulmonului.

Scanned with OKEN Scanner

Bolnavul poate sucomba dela prima criză prin sincopă, asfixie sau moartea poate survenì printr'o asistolie banală ce urmează insuficienței ventriculului stâng. Pronosticul unui bolnav ce a avut o criză de angină de piept, edem pulmonar, depinde de starea cordului, pulmonilor. Revenirea repede a cordului e de un pronostic bun, persistența măririi anormale a volumului cordului face un pronostic mai rezervat. Repetarea crizelor face ca pulmonii să fie în întregime prinși de raluri edematoase, bolnavul poate sucomba prin asfixie.

Intre semnele de care trebue să ținem seamă în stabilirea pronosticului, avem pulsul alternant și ritmul pendular. Apariția acestor modificări ale ritmului e de un pronostic rău. Scăderea prea bruscă și considerabilă a tensiunei arteriale e de asemenea nefavorabilă ca și diminuarea diferenței dintre cele două presiuni, maxima fiind scăzută iar minima ridicată.

Adeseori dilatația acută a cordului dă naștere unei insuficienți mitrale funcționale ce are ca efect o suprimare a durerilor și o scădere a presiunei arteriale. Ambele presiuni pot fi scăzute sau numai maxima. Această insuficiență poate fi preludiul unei insuficiențe cardiace totale progresive, dar mai adese ea are un pronostic favorabil venind în ajutorul miocardului slăbit, prin diminuarea presiunei. După ce cordul își revine insuficienta mitrală poate dispărea pentru a se instala din nou și definitiv cu ocazia unui nou acces.

Faza terminală a accidentelor cardio-aortice în hipertensiunea arterială e constituită prin insuficiența cardiacă totală, insuficienței cordului stâng adăugându-se insuficiența cordului drept. Incep să apară extrasistole auriculare ce arată dilatația și scleroza auriculară și preced instalarea aritmiei complecte. Ca rezultat al apariției aritmiei complecte, galopul dispare, presiunea art. scade și clangorul nu se mai aude. Insuficiența ventriculului drept începe să se arate prin staza viscerală și periferică. In această fază a hipertensiunei, când tensiunea arterială e scăzută, când suflurile de insuficiențe punctionale pot fi luate ca organice, dacă bolnavul nu a fost examinat anterior trebue să ținem seamă de asociația leziunilor aortei, leziunilor renale, pentru a ne da seama de adevărata patogenie a acestor accidente.

Scanned with OKEN Scanner

CAP. III.
EXPRESIUNEA RADIOLOGICĂ A HIPERTENSIUNEI ARTERIALE.

Am văzut în capitolul precedent turburările cardio-aortice ale hipertensiunei, din punct de vedere clinic şi am arătat numai în treacăt importanţa examenului radiologic în aprecierea hipertrofiei ventriculare incipiente şi a modificărilor aortei. In acest capitol vom arătà mai pe larg cum se prezintă cordul şi aorta hipertensivilor din punct de vedere radiologic.

Examenul radiologic al cordului şi aortei.

Metodele cele mai bune pentru examenul radiologic al cordului şi aortei sunt 3 : orthodiagrafia, teleradiografia şi teleradioscopia. Cea mai întrebuinţată însă rămâne orthodiagrafia, fiind cea mai practică şi dând rezultatele cele mai precise. Plimbând raza normală a unui fascicol de raze X tangenţial conturului organelor examinate şi marcând pe ecran punct cu punct proecţia conturului, căpătăm imaginea exactă a acestor organe.

Technica acestei metode a fost bine stabilită prin lucrările lui Vaquez şi Bordet. Incepem printr'o radioscopie de ansamblu a toracelui atât în poziţie frontală cât şi în poziţiunile oblice anterioare şi posterioare. Prin acest examen ne dăm seama de configuraţia cordului şi aortei, apreciem caracterul bătăilor, gradul de opacitate al marelor vase. Apoi, bolnavul fiind în spatele ecranului cu peretele sterno-costal bine alipit de ercan şi cu bărbia fixată pe cadrul ecranului, procedăm la luarea orthodiagramei cordului şi pediculului vascular în poziţie frontală. Fixăm punctul G unde încep contracţiile ventriculului stâng. Trecem în urmă la examenul în poziţiile oblice, calibrăm aorta în OAD şi în OAS. Centrând tubul pe fiecare margine a aortei putem măsura exact calibrul ei.

Pentru a aprecia volumul cordului, pe orthodiagrama obţinută ducem o seiie de diametie a căror dimensiuni ne dau o idee precisă atât cât priveşte volumul cordului în întregime cât şi al diferitelor cavităţi cardiace în parte. Aceste diametre variază ca dimensiuni după vârsta şi greutatea individuui. Diametrele ce ne dau indicaţiuni volumetrice globale sunt 3 : diametrul longitudinal D'G care variază în mod normal întie 11.5—15 cm., diametrul bazal D'G (9.3—10.5 cm.) şi diametrul orizontal (9,5—14,5 cm.).

Scanned with OKEN Scanner

Pentru aprecierea desvoltărei fiecărei cavităţi cardiace în parte, Vaquez şi Bordet dau următoarele diametre :

1) diametrul ventricular stâng G G'(6.7—8.5 cm.)
2) „ „ drept D'G'(8.5—14.7 cm.)
3) „ ahricular drept DD'(3.5—6.5 cm.)
4) „ „ stâng O G (3.5—5 cm.)

In afară de aceste diametre este important de cunoscut

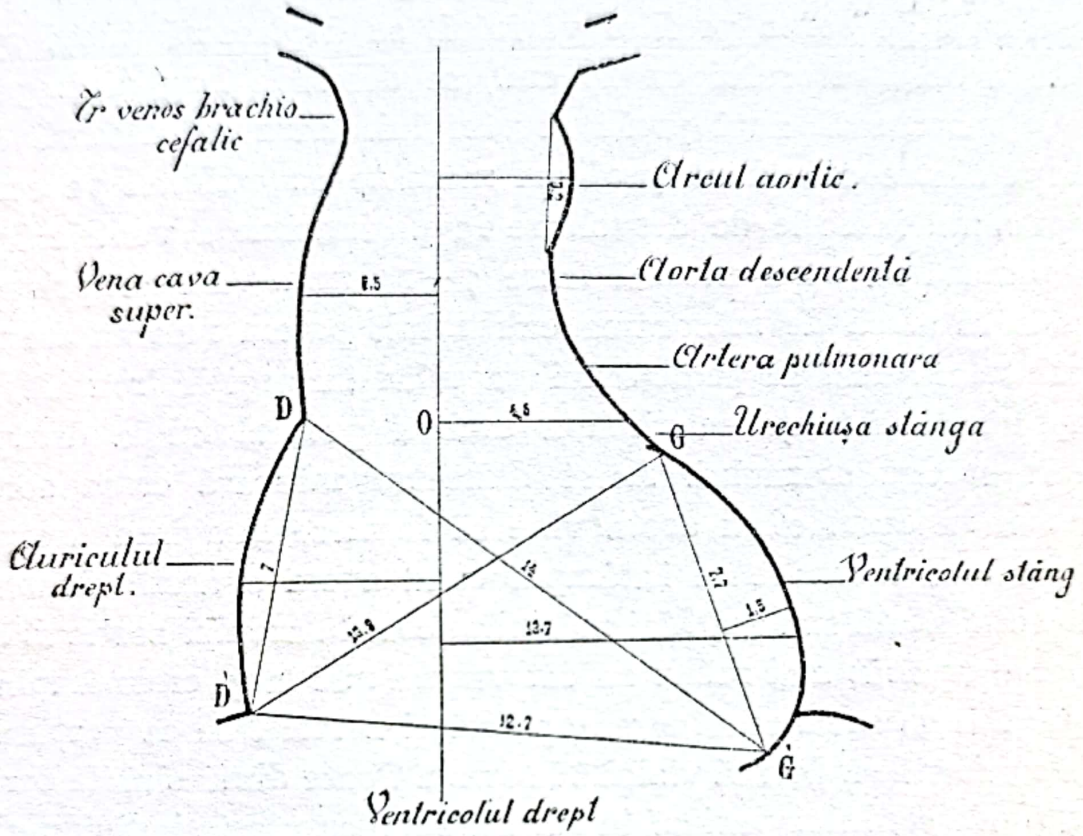


Fig. 1. — Orthodiagrama unui cord nominal (individ forte 40 ani).

gradul convexităţii descrise de marginea stângă a inimei, care se măsoară ducând săgeata f. a arcului format de această margine.

In stare normală diametrele cordului păstrează un raport între ele, diametrul longitudinal fiind cel mai mare. Acest raport variază întrucâtva cu forma cordului ce poate varia în mod fiziologic luând un aspect vertical sau orizontal.

In stare patologică exagerarea diametrului long. e în favoarea hipertrofiei ventriculare stângi, cel orizontal indicând dezvoltarea cordului drept. Exagerarea diametrului bazal e în raport cu dezvoltarea ventriculelor la bază. Creşterea diametrelor auriculare, ventriculare, ne indică hipertrofii sau dilataţii limitate la una din aceste cavităţi cardiace. Ventriculul se poate desvoltà mai mult în profunzime şi în acest caz diametrele cordului pot rămâne în limitele normale, avem însă alte

procedee pentru determinarea acestei hipertrofii ventriculare şi anume : 1) măsurarea unghiului de dispariţie a vârfului cordului înapoia coloanei vertebrale şi 2) măsurarea indicelui de profunzime. Primul procedeu necesită un aparat, goniometruc; cel de al doilea procedeu, măsurarea iundicelui de profunzime e mai simplu şi se practică în modul următor : se centrează tubul aşa ca raza normală să treacă prin vârful cordului şi se înseamnă pe ecran profilul vârfului, se deplasează tubul spre stânga observatorului cu 10 cm., se deschide larg diafragmul şi se marchează noul profil al vârfului. Cifra ce măsoară distanţa dintre cele două profiluri marcate cu creionul pe ecran reprezintă indicele de desvoltare în profunzime a ventriculului şi variază în mod normal între 7—14 mm. In ceace priveşte aorta în afară de măsurarea calibrului, putem măsură diametrul transversal al pediculului vascular în poziţie frontală, ce reprezintă distanţa maximă a umbrei pediculului la dreapta şi la stânga sternului. Acest diametru măsoară crosa aortei numai în cazul când aorta vine să formeze marginea dreaptă a umbrei, lucru ce se întâmplă când avem o aortă sinuoasă fie ea dilatată sau nu. Mai măsurăm coarda arcului aortic stâng care e cu atât mai mărit cu cât vasul e mai larg, crosa împinsă spre stânga sau accentuarea opacităţei aortei face ca porţiunea descendentă să devină vizibilă la ecran. Toate dimensiunile aortei ca şi ale cordului variază în mod normal cu vârsta individului şi mai puţin cu greutatea şi talia. Măsurarea acestor 3 dimensiuni, constitue analiza volumetrică a aortei. Prin ajutorul radioscopiei apreciem bătăile aortei, aspectul conturului, înălţimea crosei şi gradul de opacitate. In mod normal bătăile aortei sunt nete şi de o expansiune moderată, diminuă în amplitudine către bătrâneţe. Conturul normal este un contur regulat fără accidente.

Gradul de apacitate variază cu vârsta, mai puţin accentuată decât umbra cordului la adult, umbra aortei se apropie de umbra cardiacă la bătrân. Accentuarea umbrei aortice este în relaţie mai mult cu starea pereţilor arteriali decât cu gradul de dilataţie a vasului. Vizibilitatea diferitelor segmente ale aortei depinde de această accentuare a umbrei aortice, de unde la adult singură porţiunea ascendentă şi începutul porţiunei orizontale apar la ecran, după 60 ani prin scleroza arterială ce survine atât porţiunea orizontală în întregime cât şi porţiunea descendentă devin vizibile prin examenul radioscopic.

Scanned with OKEN Scanner

Aspectul radiologic al cordului și aortei în hipertensiunea arterială.

Examinând din punct de vedere radiologic cordul și aorta indivizilor atinși de hipertensiune arterială găsim în majoritatea cazurilor o serie de modificări în forma și volumul acestor organe.

In ceace ce privește cordul, aceste modificări variază dela un caz la altul după gradul și durata hipertensiunei dar mai ales după gradul de alterație al fibrei musculare parietale.

Incă din perioada inițială a hipertensiunei, cordul reacțio-

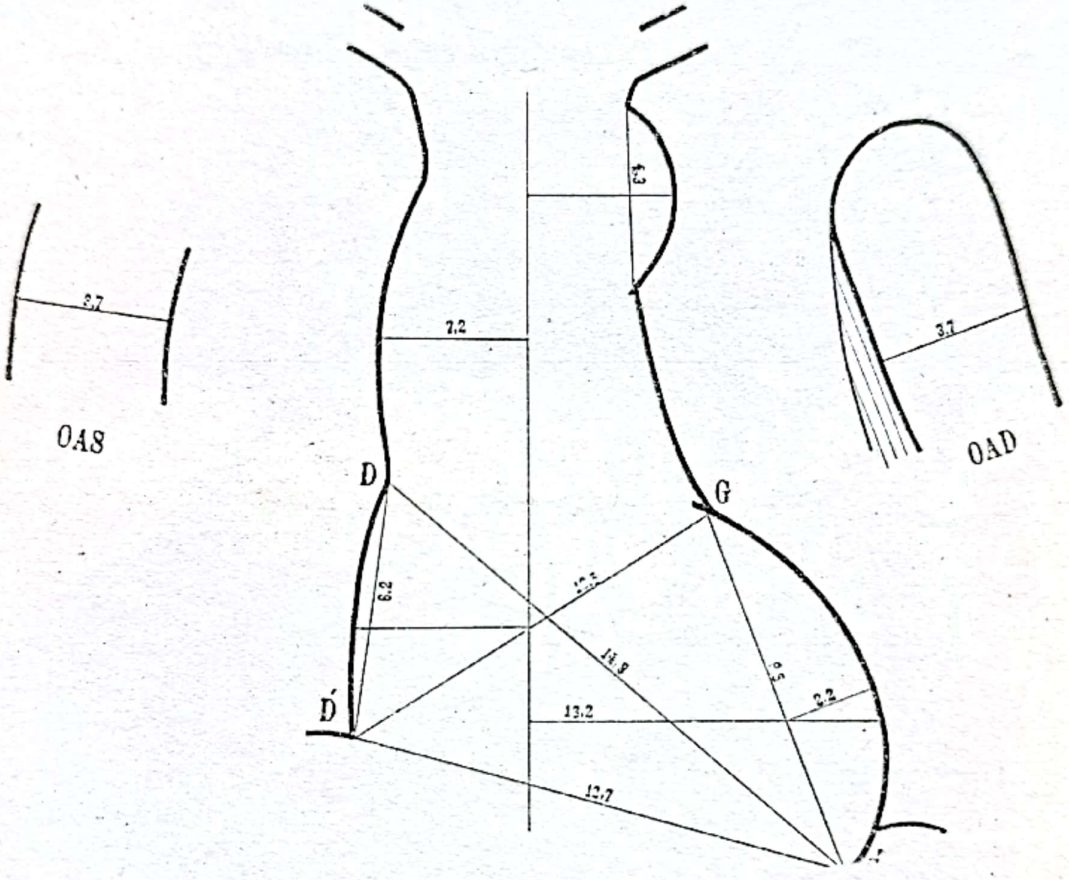


Fig. 2. — Bolnavul Al. A. 58 ani tens. art. 25/10. Hipertrofia în sens vertical a ventriculului stâng. Calibrul aortei exagerat.

nează, după cum am văzut, în fața obstacolului circulației generale printr'o hipertrofie a ventriculului stâng. La început această hipertrofie se face mai mult în sens vertical și se traduce radiologicește printr'o alungire a marginei stângi ventriculare, o creștere a diametrului longitudinal și în special creșterea diametrului ventricular stâng. Săgeata f. ce indică gradul de curbură a marginei stângi a cordului și indicele de profunziuni pot fi ușor crescute sau nu depășesc cifrele normale. (Fig. 2).

Sunt cazuri în care desvoltarea ventriculului stâng fiind puţin accentuată şi făcându-se mai mult în profunzime, diametrele cordului rămân în limita maximă a normalei, la ecran cordul ne apare de aspect normal, singur indicele de profunzime fiind uşor crescut. Cunoaşterea indicelui de profunzime are o mare importanţă tocmai în aceste cazuri unde creşterea lui este singurul semn ce ne face să afirmăm o uşoară hipertrofie ventriculară şi această constatare este în perfect acord cu clinica, bolnavul prezentând şi alte manifestări a hipertensiunei arte-

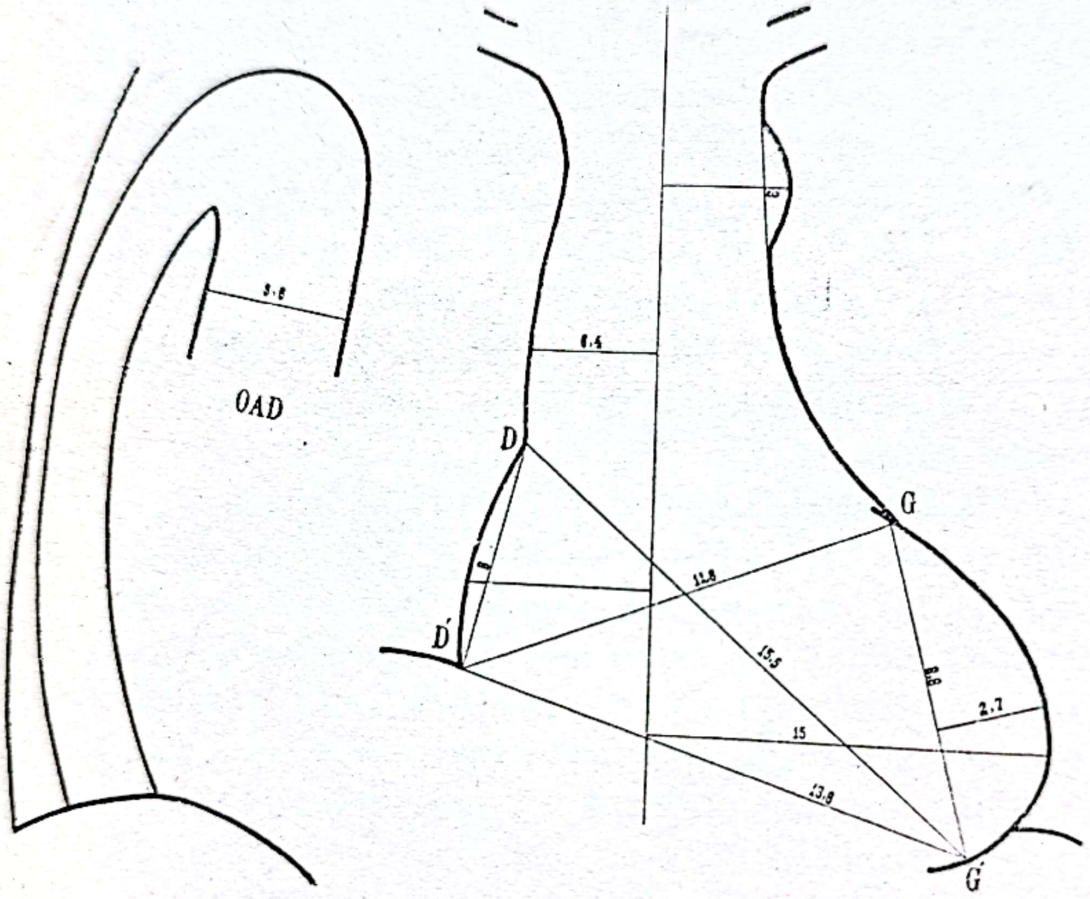


Fig. 3. — Bolnavul R. D. 48 ani tens. art. 20/10. Hipertrofia ventriculului stâng. Calibrul aortei exagerat, opacitatea crescută.

riale cronice. Aceste modificări a ventriculului stg. se accentuează cu vremea, curbura marginei stângi a cordului se mărşte, vârful se rotunzeşte, indicele de profunzime este în totdeauna crescut, în concordanţă cu mărirea diametrelor în special cu diametrul ventricular stâng şi săgeata f. Pulsatilitatea inimei este accentuată chiar când bolnavul este în repaos (Fig. 3).

Când miocardul începe să cedeze, odată cu apariţia sgomotului de galop şi a celorlalte semne clinice ce indică începutul de dilataţie cardiacă, aspectul radiologic al cordului se schim-

bă. De unde mărirea de volum interesa numai ventriculul stâng, ea devine globală, toate diametrele cordului sunt mărîte, cel longitudinal şi ventricular stâng cu predominentă, curbura ventriculară stângă foarte accentuată, vârful coborât şi puţin înafară, Cordul ia aspectul orizontal, culcat pe diafragm, în inspiraţiile profunde, vârful nu se mai desprinde de conturul diafragmului (Fig. 4). Deşi cordul e mărit în întregime desvoltarea ventriculului stâng predomină.

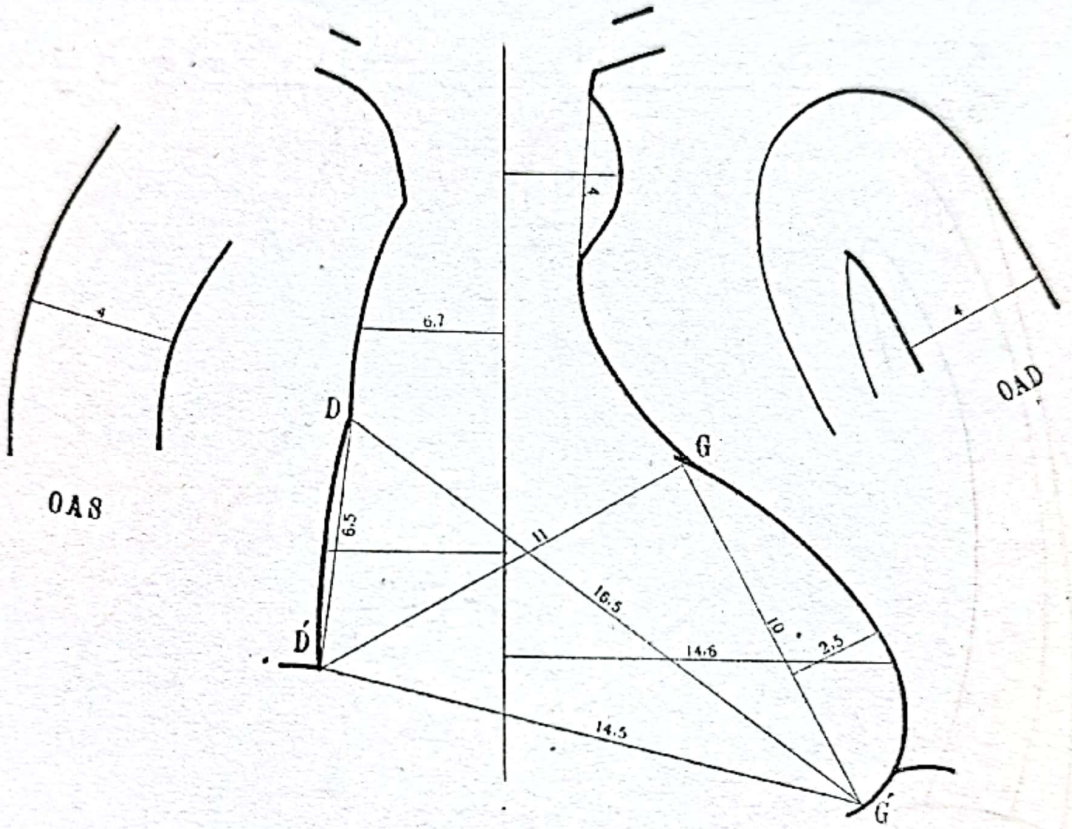


Fig. 4. — Bolnavul G. I. 60 ani tens. art. 17/11. Cord de aspect orizontal, mărire globală a volumului cu predominenţă a ventriculului stâng. Calibrul aortei exagerat, opacitatea crescută, crosa simoasă.

Baurdet şi Géraudel studiind cordul pe cadavru prin metoda de fixaţie formolată, au arătat că în cazurile de hipertrofie a ventriculului stâng, peretele interventricular bombează în cavitatea ventriculului drept, vârful devine ovoid, ventriculul ia forma de ou. Pe cordul fixat, axul ovoidului ventricular este bisectriţa unghiului D G' G. Punctul G' pe orthodiagrama unui cord normal corespunde extremităţei inferioare a şanţului interventricular şi se obţine fixând punctul unde o paralelă a liniei D G devine tangentă vârfului cordului; în stare patologică, când ventriculul este hipertrofiat, acest punct astfel obţinut

este situat pe orthodiagramă ceva mai sus şi la stânga. Dacă pe orthodiagrama cordului hipertrofiat rectificăm punctul G' mutându-l cu aproximativ 2 cm. spre dreapta avem adevăvăratul punct corespunzător celui anatomic.

Acest punct poate fi determinat uneori prin examenul radioscopic. Punând bolnavul în poziţie O. A. S. după metoda lui Pezzi se observă în unele cazuri, la nivelul vârfului cordului, în timpul inspiraţiilor profunde, o mică scobitură a marginei ventriculare, corespunzând extremităţei inferioare a şanţului interventricular.

Din puctul G' ducând bisectriţa unghiului D G' G putem

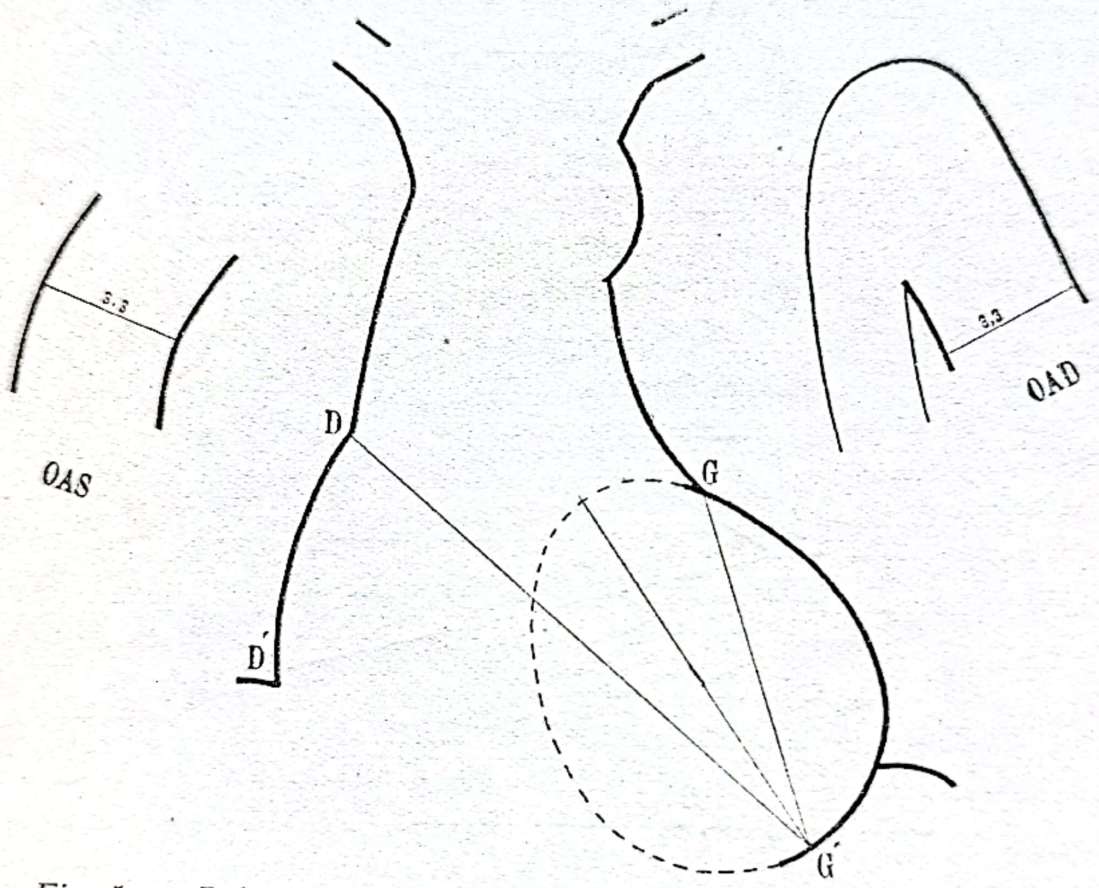


Fig. 5. — Bolnava T. C. 40 ani tens. art. 30/16. Ventricul în „ou".

construì partea dreaptă a ovoidului simetrică cu cea stângă şi avem astfel un contur al ventriculului corespunzător cu piesa anatomică.

In ultima fază a hipertensiunei arteriale, când bolnavul intră în forma ireductibilă a asistoliei, cordul ne apare considerabil mărit de volum, dilataţia interesând atât cordul stâng cât şi cel drept (Fig. 6) Contracţiile sunt slăbite, în cazurile grave apar sub forma de ondulaţiuni.

Scanned with OKEN Scanner

Trecând la examenul radiologic al aortei bolnavilor atinși de hipertensiune arterială, vom găsi și aci diferite aspecte ale acestui organ după cum bolnavul prezintă sau nu semne de aortită. In faza de debut a hipertensiunei aorta poate fi complect normală sau putem găsi o simplă lărgire a crosei, hipertensiunea având ca prim efect asupra aortei, o redresare a curburilor crosei. Această modificare se traduce la ecran prin-

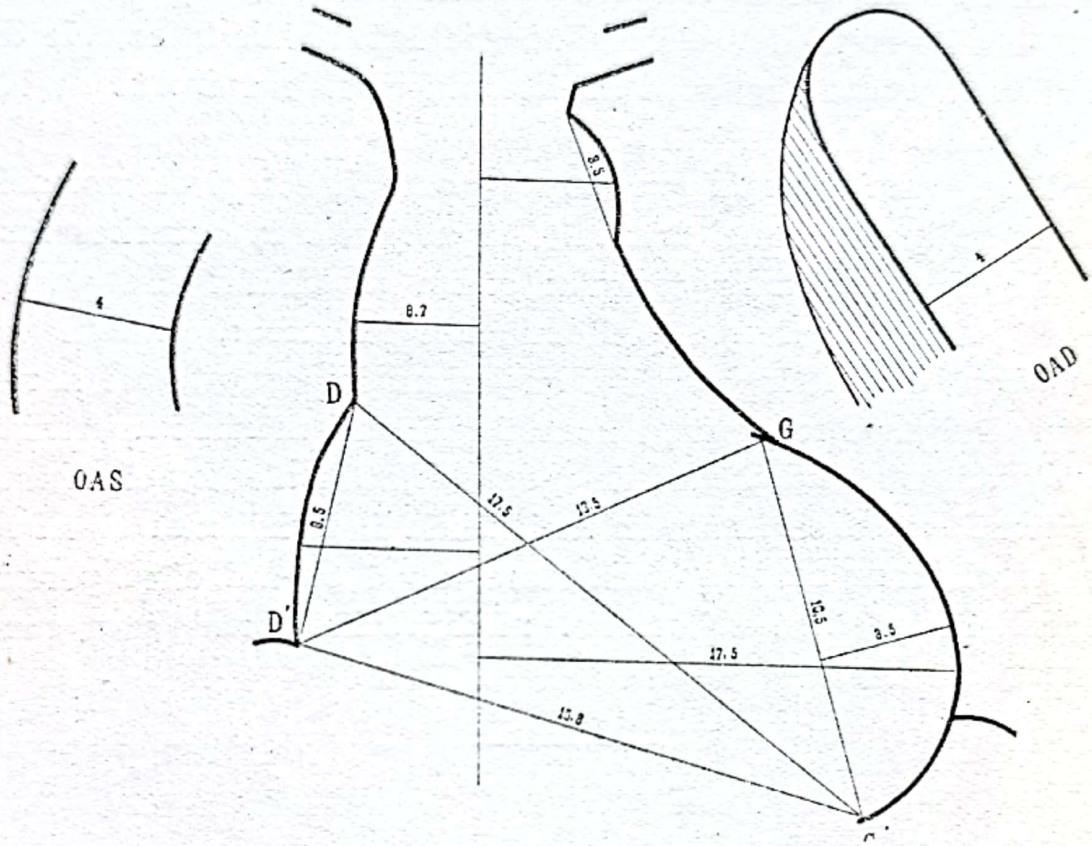


Fig. 6. — Bolnavul B. S. 53 ani tens. art. 19/5. Cord enorm mărit de volum. Calibrul aortei exagerat.

tr'o mărire a diametrului transversal al pedicului vascular, celelalte dimensiuni ale aortei fiind normale. De cele mai multe ori însă aorta începe să se dilate, încă de timpuriu găsim calibrul ei ușor mărit.

Cât timp pereții arteriali nu sunt atinși de scleroză, această influență a hipertensiunei arteriale asupra vasului e moderată, când însă pereții se alterează, apar semnele obișnuite ale aortitei. Dilatația se accentuează (modificări cantitative) porțiunile aortei care în stare normală nu se văd la ecran, încep să devină vizibile (modificări calitative) mai întâi în poziție frontală și oblică anterioară dreaptă apoi în toate pozițiunile oblice.

Când în OAD porţiunea orizontală şi numai începutul porţiunei descendente sunt vizibile, umbra ia aspectul ..ciocului de raţă" (Fig. 4 şi 5) mai târziu scleroza întinzându-se aorta descendentă devine în întregim eaccesibilă examenului radioscopic (Fig, 3).

Aorta poate fi sinuoasă (Fig. 4), după gradul de dilatare şi alungire ce-l prezintă, vârful crosei poate fi ridicat ajungând sau depăşind marginea inferioară a claviculei stângi. Bătăile aortei pot rămâne normale, când dilataţia nu e însoţită de scleroză, când pereţii vasculari şi-au pierdut elasticitatea, ele diminuă în amplitudine, sunt abolite sau crosa e animată de bătăi în masă.

După cum am mai spus aorta poate fi complect normală în cursul hipertensiunei arteriale, în majoritatea cazurilor însă alături de modificările cordului găsim modificări din partea aortei. Intrucât priveşte predominenţa leziunilor, aceasta variază după cazuri, hipertensivi cu leziuni importante ale aortei prezentând un cord aproape normal şi invers măriri importante în volumul cordului alături de uşoare dilatări ale aortei. Aceste din urmă cazuri se întâlnesc mai des la indivizii mai tineri la cari vasele sunt încă în bună stare, după 60 ani când pereţii arteriali încep să se sclerozeze. modificările aortei sunt constante.

CAP. IV.

IMPORTANŢA EXAMENULUI RADIOLOGIC AL APARATULUI CARDIO-VASCULAR IN HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ

Este bine cunoscută azi importanţa examenului radiologic în stabilirea diagnosticului şi pronosticului afecţiunilor cardio-aortice, să vedem care este valoarea acestui examen în cursul hipertensiunei arteriale. Dacă din punct de vedere diagnostic nu poate fi vorba de un aspect caracteristic al cordului şi aortei care să ne poată face să afirmăm diagnosticul de hipertensiune arterială numai după imagina căpătată la ecran, acest aspect radiologic este însă important când voim să stabilim pronosticul să indicăm tratamentul bolnavului.

Scanned with OKEN Scanner

Intr'adevăr diferitele modificări cardio-aortice ce le întâlnim în hipertensiune nu sunt decât semne ce ne traduc diferitele grade de hipertrofie și dilatație cardiacă, semnele obișnuite ale aortitei, nimic particular hipertensiunei, nici-un semn patognomonic. Ceace însă ne interesează în hipertensiunea arterială nu este stabilirea diagnosticului, singură sfigmomanometria îl hotărăște, ci influența pe care creșterea presiunei o are asupra cordului și aortei și gradul de alterare al acestor organe. După cum am mai spus, modificările în forma și volumul cordului variază întrucâtva în raport direct cu gradul și durata hipertensiunei ele depind însă în primul rând de calitatea fibrei miocardice. Așa bunăoară găsim hipertensiuni mari bine suportate, cu modificări neînsemnate din partea cordului și din contră hipertensiuni moderate cu măriri enorme în volumul cordului.

Orthodiagrafia punându-ne în evidență variațiunile imaginei cardiace ne arată cum acest organ răspunde creșterei presiunei, ea ne dă o idee precisă de starea anatomică a cordului și ne aduce astfel elemente prețioase în stabilirea pronosticului bolnavului.

Găsim bolnavi a căror tensiune arterială mult ridicată și semne clinice ne-ar face să bănuim leziuni înaintate și din partea cordului și aortei iar prin examenul radiologic constatăm o hipertrofie a ventriculului stâng și o aortă deși dilatată prezentând bătăi ample. Cât timp această mărire de volum e limitată, interesând numai ventriculul stâng e semn că miocardul e încă suficient, luptă destul de bine, bolnavul poate sfârși prin accidente cerebrale, renale dar e mai puțin ameninșat din partea cordului.

Figura 7 reprezintă orthodiagrama cordului unui bolnav care prezintă hematurii, o tensiune arterială de 30/15. Din partea rinichilor uici-un alt simptom, nimic în antecedente. La examenul cordului se găsește prin palpare vârful în al VI-lea spațiu intercostal pe linia mamelonară, la ascultație răsunet diastolic la aortă, sgomot de galop la vârf. In fața acestui galop ce ne indică începutul de cedare a miocardului și cu o tensiune arterială atât de ridicată, alterarea cordului poate fi socotită cu mult mai importantă decât este în realitate. Prin examenul radiologic se constată un cord mărit de volum, această mărire

însă este limitată la ventriculul stâng, cordul se prezintă destul de bine. Dacă pe lângă hipertrofia ventriculului stâng se adaugă un oarecare grad de dilatație a acestui ventricul care ne explică sgomotul de galop, acest sgomot însă poate dura ani de zile, în acest caz pericolul ce amenință bolnavul nu vine din partea cordului, complicațiunile vasculare ale hipertensiunei rămân pe primul plan. Intr'adevăr bolnavul sucombă la scurt interval în urma examenului radiologic printr'o hemoragie cerebrală.

Sunt cazuri contrarii când prin examenul clinic al bolnavului ne dăm seama de un oarecare grad de mărire a volumului cordului, tensiunea însă moderată, starea generală încă bună ne-ar putea face să punem un pronostic favorabil, examenul radiologic ne arată însă uneori în aceste cazuri măriri enorme în volumul cordului la care nu ne-am fi așteptat și care ne indică un pronostic destul de serios. Așa bunăoară unui bolnav cu o tensiune art. de 25/10, ca simptome subiective acuzând dispnee de efort, ne prezentând nici-un alt semn de insuficiență cardiacă în afară de sgomotul de galop ce se aude la ascultația

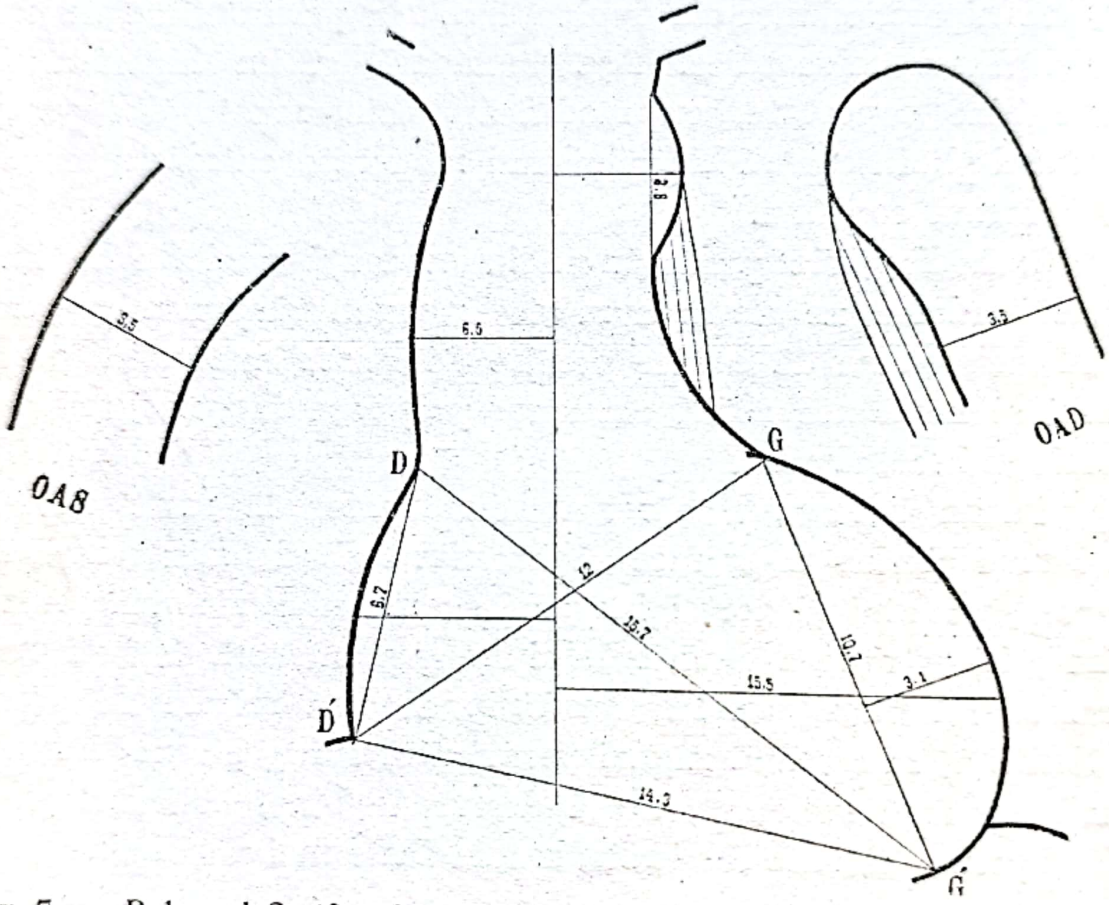


Fig. 7. — Bolnavul S. 48 ani tens. art. 30/15. Hipertrofia accentuată a ventriculului stâng. Calibrul aortei exagerat.

însă este limitată la ventriculul stâng, cordul se prezintă destul de bine. Dacă pe lângă hipertrofia ventriculului stâng se adaugă un oarecare grad de dilatație a acestui ventricul care ne explică sgomotul de galop, acest sgomot însă poate dura ani de zile, în acest caz pericolul ce amenință bolnavul nu vine din partea cordului, complicațiunile vasculare ale hipertensiunei rămân pe primul plan. Într'adevăr bolnavul sucombă la scurt interval în urma examenului radiologic printr'o hemoragie cerebrală.

Sunt cazuri contrarii când prin examenul clinic al bolna-

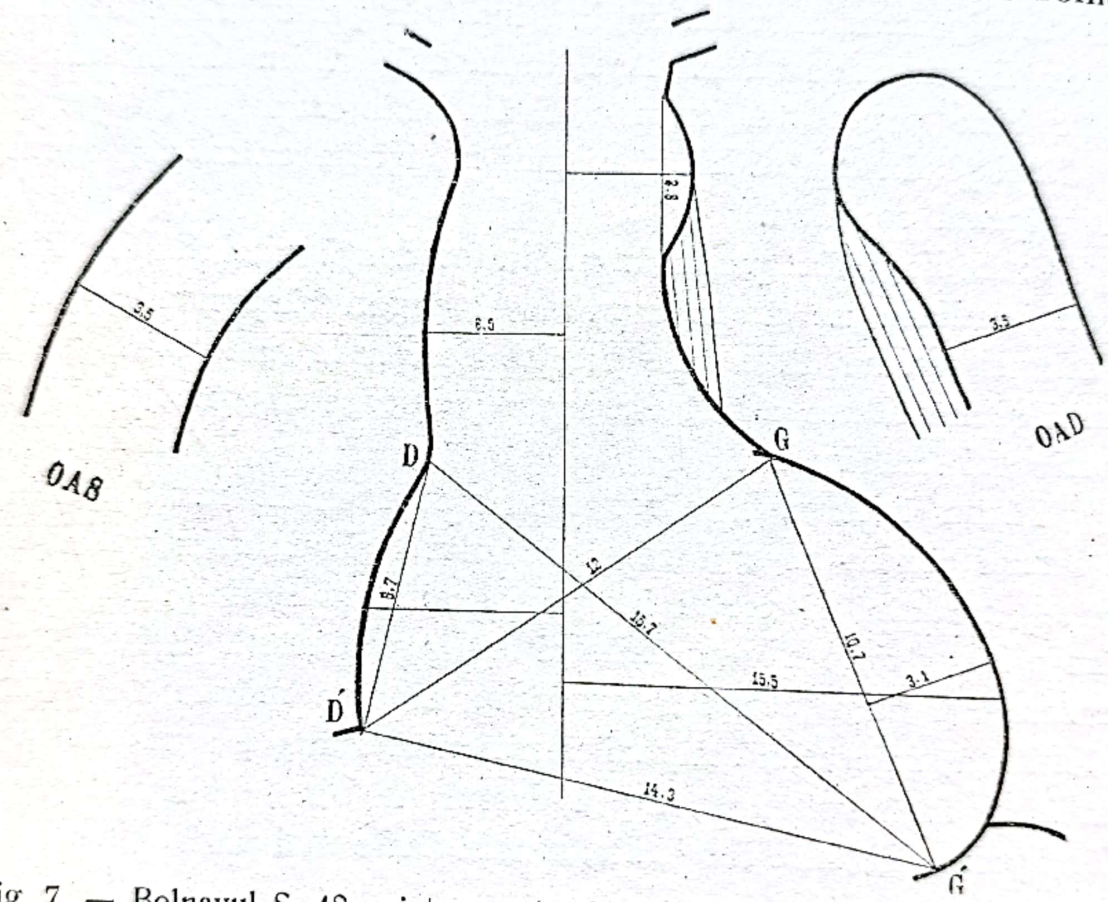


Fig. 7. — Bolnavul S. 48 ani tens. art. 30/15. Hipertrofia accentuată a ventriculului stâng. Calibrul aortei exagerat.

vului ne dăm seama de un oarecare grad de mărire a volumului cordului, tensiunea însă moderată, starea generală încă bună ne-ar putea face să punem un pronostic favorabil, examenul radiologic ne arată însă uneori în aceste cazuri măriri enorme în volumul cordului la care nu ne-am fi așteptat și care ne indică un pronostic destul de serios. Așa bunăoară unui bolnav cu o tensiune art. de 25/10, ca simptome subiective acuzând dispnee de efort, ne prezentând nici-un alt semn de insuficiență cardiacă în afară de sgomotul de galop ce se aude la ascultația

cordului, făcându-i-se examenul radiologic se constată cu oarecare surprindere un cord considerabil mărit de volum (Fig. 8). Cu toată starea generală bună, pronosticul în acest caz este destul de grav, la scurt timp bolnavul intră în asistolie.

Uneori, dilatația cordului fiind moderată este mai greu de apreciat prin mijloacele obișnuite de explorație și tocmai această dilatație incipientă pe care numai examenul radiologic ne-o arată este foarte importantă de cunoscut pentru a lua din timp măsurile necesare.

Tot prin ajutorul examenului radiologic repetat la inter-

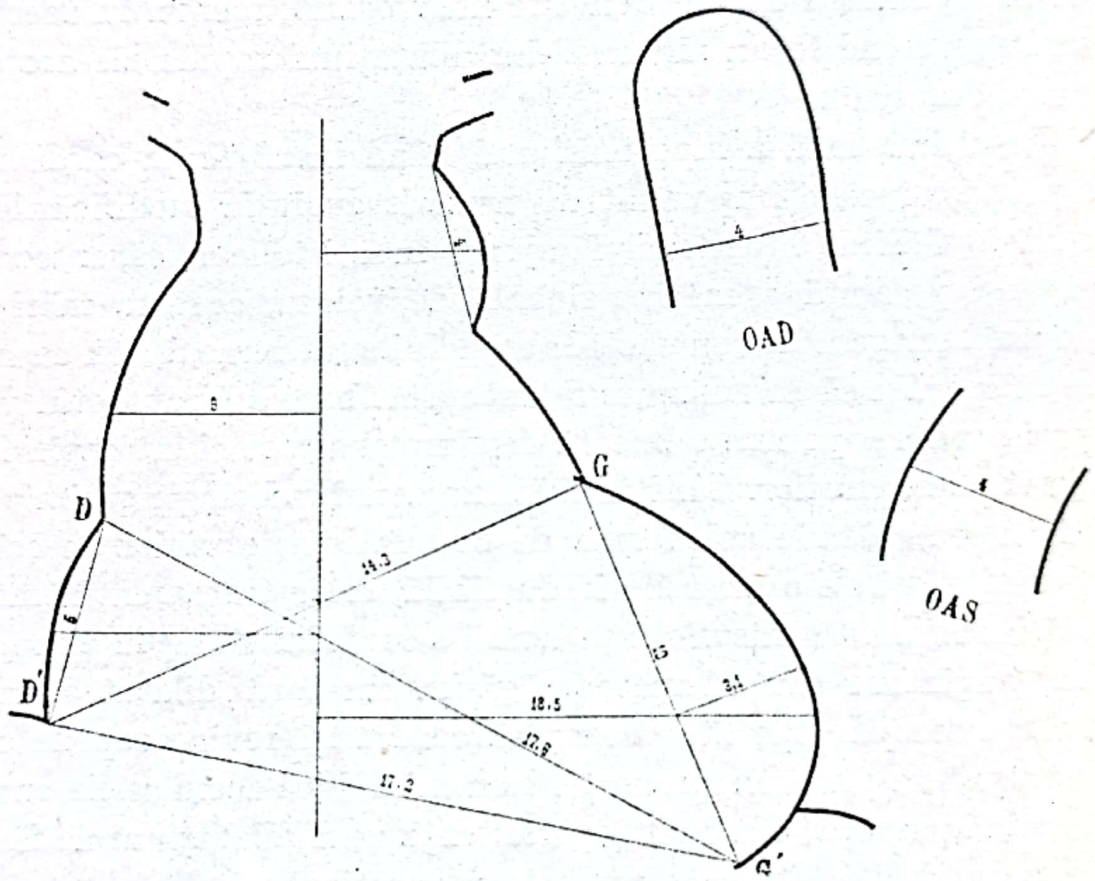


Fig. 8. — Bolnavul D. 53 ani tens. art. 25/10. Cord enorm mărit de volum. Calibrul aortei exagerat.

vale mai mult sau mai puțin distanțate putem urmări evoluția modificărilor cardio-aortice putem prevedea în unele cazuri agravări și complicații iminente și a interveni la timp cu tratamentul. Uneori clinicește bolnavul ne pare că merge bine, urmărind însă prin radioscopii repetate constatăm că leziunile aparatului cardio-vascular progresează, mai devreme sau mai târziu accidentele cardiace amenință să apară.

Dacă la un hipertensiv se produce o ridicare a presiunei

arteriale e important de cunoscut cum se comportă muschiul cardiac în acest caz. Dacă ventriculul stâng se modifică puțin dela un examen la altul, tonicitatea cordului e suficientă pentru a învinge noul efort pe care îl necesită creșterea presiunei, dacă se mărește însă repede de volum e semn că fibra-musculară slăbește, începe dilatația. In acest din urmă caz tratamentul trebue să intervie. In unele cazuri schimbările de volum ale cordului și aortei sunt atât de bruște încât permit a prevedea complicații grave cu toată excelența stărei generale.

Constatarea la un hipertensio a unei aorte opace, sclerozate și de calibru mic e de un pronostic nefavorabil, tocmai în aceste cazuri survenind la un moment dat dilatațiuni rapide ale aortei și crize dureroase.

In ultima fază a hipertensiunei, când insuficiența cardiacă s'a produs, încă e important de urmărit evoluția modificărilor cordului. Găsim hipertensivi ajunși în asistolie a căror cord însă deși prezintă o mărire globală de volum, această mărire nu e prea exagerată, contracțiile cordului sunt bune, lucru ce ne face să sperăm că în urma unui tratament bine aplicat, totul va intra în ordine pentru o bucată de timp și așa se și întâmplă în majoritatea cazurilor. Când însă la examenul radiologic găsim un cord enorm, bătăile sub forma de ondulațiuni, e vorba de cele mai multe ori de o asistolie ireductibilă, orice tratament rămânând ineficace. In insuficiența acută a cordului stâng în timpul crizei anginoase sau edematoase găsim un cord dilatat, când prin radioscopii repetate vedem că cordul își revine repede de volum putem pune un pronostic bun chiar dacă accidentele sunt grave în aparență, din contră persistența unei dilatațiuni ne face să fim rezervați în ceeace privește pronosticul.

Pe lângă indicațiile terapeutice pe care am văzut că ni le dă, examenul radiologic ne conduce uneori și în alegerea tratamentului. Clinica este în imposibilitate de a putea stabili în unele cazuri dacă simptomele prezentate de bolnavi, dispneea, crizele dureroase, depind mai mult de alterarea cordului sau aortei. Radiologia ne luminează în această privință arătându-ne care este organul mai mult lezat împotriva căruia să ne îndreptăm mijloacele noastre terapeutice. Așa spre exemplu un bolnav cu o tens. art. de 25/15 acuză dispnee de efort, are crize dureroase cu caracter anginos, la examenul cordului se constată prin percuție

un cord mărit de volum, la asculrtaţie un claugor în focarul aortei. Făcându-se examenul radiologic în acest caz ceace ne atrage atenţia sunt modificările calitative şi cantitative ale aortei (Fig. 9) împotriva lor trebue să ne îndreptăm în primul rând tratamentul, cordul reacţionând încă destul de bine în faţa creşterei presiunei prin hipertrofia ventiicolului stâng.

Prin ajutorul examenelor radiologice repetate succesiv putem urmări şi efectele tratamentului, dacă medicamentul dat esteî ncă eficace sau cordul ajuns la limită, nu mai reacţionează

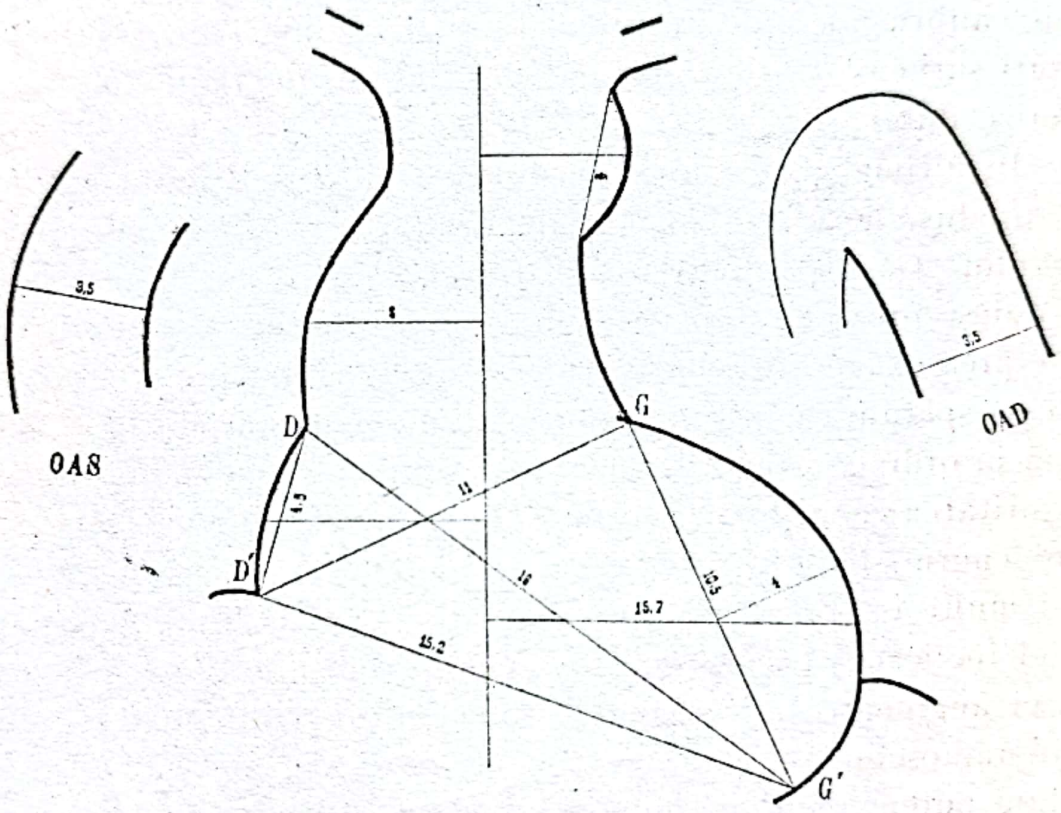


Fig. 9. — Bolnavul I. C. 48 ani tens. art. 25/15. Hipertrofia ventriculului stâng. Calibrul aortei exagerat, opacitatea crescută.

nici unui fel de medicaţie. Pentru a aprecia variaţiunile volumului cordului, comparăm orthodiagramele luate în serie, le suprapunem şi astfel putem uşor să ne dăm seama de creşterea sau diminuarea ariei cardiace. Bordet şi Giroux au studiat raportul ce există între mărirea umbrei cordului faţă de mărirea reală a volumului său.

Cordurile extrase din cadavru erau dilatate prin introducere de apă sub presiune şi se măsura volumul înainte şi după experienţă. In acelaş timp se lua orthodiagrama cordului înainte

și după dilatație și astfel s'a putut stabili raportul între variațiile volumului față de ale ariei cardiace.

Când cordul este dilatat în întregime, toate cavitățile se măresc în aceiași proporție, reacționează unele asupra altora, conturul se amplifică regulat,în acest caz variațiile ariei sunt paralele cu ale volumului. Mărirea în centimetri cubi răspunde cifrei mărirei ariei înmulțită cu un coeficient de 9.

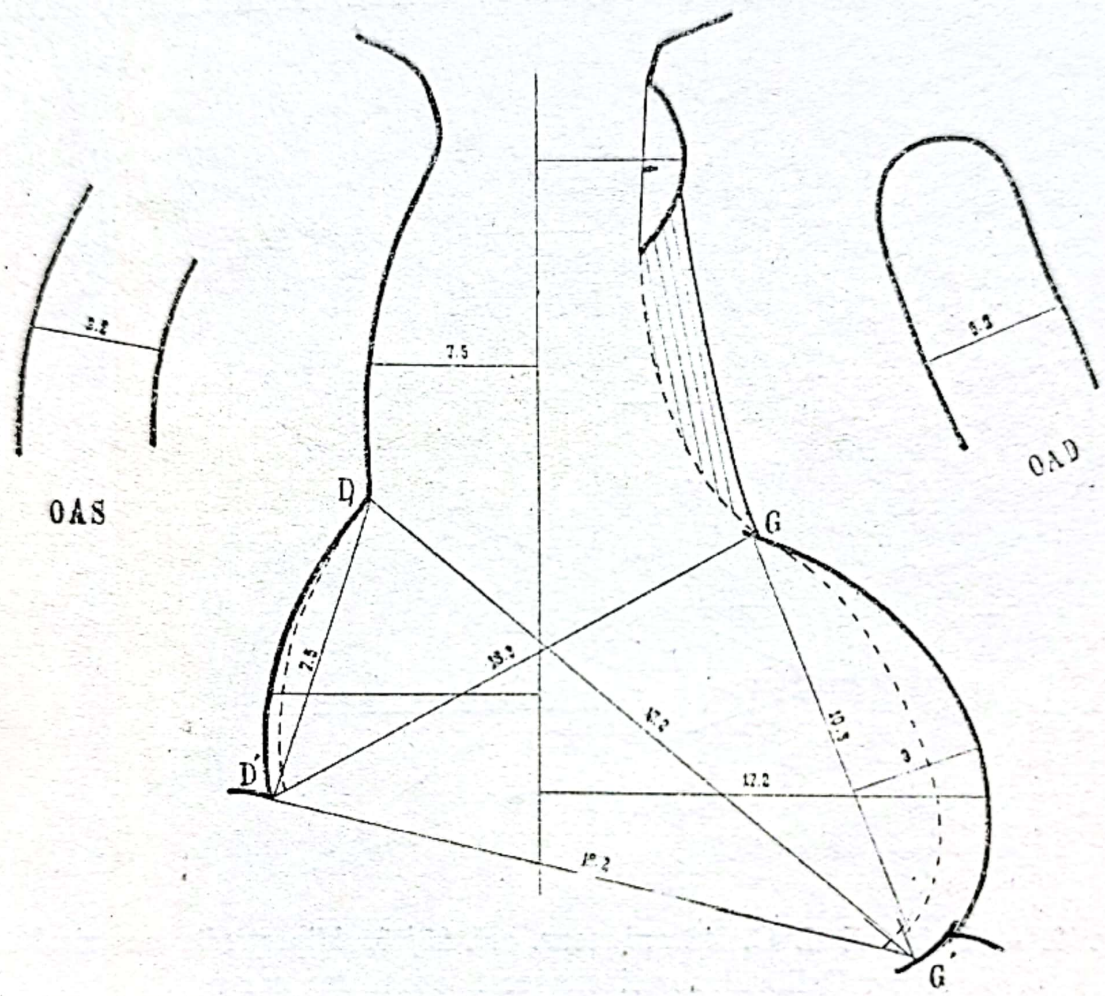


Fig. 10. — Bolnavul L. B. 66 ani tens. art. 20/10. Cord mărit de volum cu predominența ventriculului stâng 10 Octombrie.
..... 16 „

Când însă una din cavități, ventriculul se dilată singur, aceasta împinge ventriculul vecin și se desvoltă în profunzime aria cardiacă se cdesvoltă puțin în raport cu volumul, pentrucă ea traduce desvoltarea numai în sens transversal nu și antero-posterior. In acest caz mărirea în centrimetri cubi răspunde cifrei mărirei ariei înmulțită cu 14. Variațiile diametrelor sunt în funcție de variațiile ariei. Diametrul care a fost cel mai mărit

Scanned with OKEN Scanner

ERATĂ

In locul figurei dela pag. 19 trebuește considerată figura dela pag. 27 reprezentând orthodiagrama cordului bolnavului G. I. 60 ani și invers în locul figurei dela pag. 27 figura dela pag. 19 reprezentând orthodiagrama cordului bolnavului I. C. 48 ani.

pag.	rândul	în loc de:	se va ceti:
12	24	număr	umăr
13	34	puncționale	funcționale
16	4	goniometruc	goniometru
19	Fig. 4	simoasă	sinuoasă
19	17	D G	D′ G
26	10	hipertensio	hipertensiv
27	1	asculrtație	ascultație
27	1	claugor	clangor
29	13	supuse	spuse
31	6	hyperdensus	hypertendus
32	9	Rontier și Pure	Routier și Pierre

are un coeficient de 8 în măririle totale, 13 în cele parţiale. Deci modificările umbrei cordului răspund la măriri sau diminuări de volum de 9—14 ori mai considerabile decât variaţiile ariei şi de 8—13 ori mai mari decât acelea ale diametrelor.

O uşoară scurtare a diametrelor indică o importantă diminuare a volumului şi acest lucru e mai accentuat când mărirea de volum e numai parţială ne interesând decât una din cavităţile cardiace, ventriculul stâng în cazurile noastre.

Figura 10 reprezintă conturul cordului la 5 zile interval. Primul examen a fost făcut bolnavul fiind în asistolie, cel de al doilea examen după ce asistolia s'a redus aproape complect. Deşi diminuarea diametrelor ariei cardiace este mică, ţinând seamă de cele supuse acestei diminuări a diametrelor corespunde o diminuare de 9 ori mai mare a volumului cordului, ceeace este apreciabil şi explică revenirea bolnavului.

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUZIUNI

1) Hipertensiunea arterială cronică influenţează încă din faza ei iniţială cordul şi aorta.

2) Uneori turburările imprimate acestor organe sunt predominante, complicaţiile cardiace şi aortice fiind cele mai de temut.

3) Manifestările cardio-aortice ale hipertensivilor sunt variate după cazuri, ele trebuesc însă bine cunoscute pentru a putea înlătură accidentele grave posibile.

4) Examenul radiologic al aparatului cardio-vascular în cursul hipertensiunei arteriale este absolut necesar pentru complectarea examenului clinic al bolnavului.

5) Hipertensiunea arterială nu are o expresiune radiologică caracteristică. Aspectul şi volumul cordului variază dela un bolnav la altul în raport cu gradul, cu faza hipertensiunei şi în special cu gradul de alteraţie al fibrei cardiace.

6) In timp ce stigmomanometria ne indică existenţa şi gradul hipertensiunei arteriale, orthodiagrafia cordului ne arată modul cum organul se comportă faţă de starea anormală a presiunei arteriale.

7) Starea anatomică a cordului în cursul hipertensiunei arteriale constitue un element de pronostic de primul ordin. Uneori examenul radiologic singur este capabil să pue în evidenţă începutul dilataţiei cardiace şi să ne dea indicaţiuni terapeutice.

8) Examenele radiologice succesive ne permit a urmări modificările cardio-aortice în cursul evoluţiei hipertensiunei arteriale precum şi acţiunea medicamentelor date.

9) In cazurile complexe când manifestările clinice traduc existenţa în acelaş timp a turburărilor cardiace şi aortice, examenul radiologic indicând alteraţiunile predominente poate conduce instituirea unui tratament raţional.

Văzută şi bună de imprimat

Presedintele tezei
Prof. Dr. Nanu Muscel

Decanul Facultăţei
Prof. Dr. Th. Ionescu

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUSIONS

1) L'hypertension artérielle chronique répercute dès sa phase initiale sur le coeur et l'aorte.

2) Parfois les troubles imprimés à ces organes sont prédominants, les complications cardiaques et aortiques étant le plus à craindre.

3) Les manifestations cardio-aortiques des hyperdendus varient suivant les cas, elles doivent être bien connues pour pouvoir éviter les graves accidents possibles.

4) L'examen radiologique de l'appareil cardio-vasculaire au cours de l'hypertension artérielle est absolument nécessaire pour compléter l'examen clinique du malade.

5) L'hypertension artérielle n'a pas une éxpression radiologique caractéristique. L'aspect et le volume du coeur varient d'un malade à l'autre, en rapport avec le degré, la phase de l'hypertension et surtout avec le degré d'altération de la fibre cardiaque.

6) Tandis que la sphygmomanometrie nous indique l'éxistence et le degré de l'hypertension artérielle l'orthodiagraphie du coeur nous montre la manière dont l'organe se comporte vis-à-vis de l'état anormal de la pression artérielle.

7) L'état anatomique du coeur au cours de l'hypertension artérielle constitue un élément de pronostic de premier ordre. Parfois l'examen radiologique seul est capable de mettre en évidence le début de la dilatation cardiaque et de nous donner des indications thérapeutiques.

8) Les examens radiologiques succesives nous permettent de suivre les modifications cardio-aortiques au cours de l'évolution de l'hypertension artérielle ainsi que l'éffet des médicaments donnés.

9) Dans les cas complexes, quand les manifestations cliniques traduisent l'existence en même temps des troubles cardiaques et aortiques l'examen radiologique indiquant les altérations prédominentes, nous conduit à l'institution d'un traitement raisonnable.

Vue et honne pour être imprimée

Président de la thèse
Prof. Dr. Nanu Muscel

Doyen de la Faculté
Prof. Dr. Th. Ionescu

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE.

1. *E. Bordet.* Les images radioscopiques du coeur et de l'aorte dans l'hypertension (La pratique médicale Francaise 1 Jan ier 1925).

2. *E. Bordet.* Les grandes dilatations du coeur. Etude de radiologie clinique (Paris med. No. 27 1923).

3. *Bordet et Geraudel.* Le ventricule gauche en oeuf (Archives des maladies du coeur des vaisseaux et du sang No. 12 Dec. 1924).

4. *Bordet et R. Giroux.* Rapport des acroissements de l'ombre du coeur anx augmentations réeiles de son volume (Arch. des maladies du coeur. des vaisseaux et du sang No. 8 Aout 1924).

5. *Donzelot.* Le coeur camouflé des hypertendus (Presse med. 5 Aout 1922).

6. *G. E. Fahr.* (Minneapolis). Hypertension heart (The Journal of the American medical association No. 14 7/IV 1923).

7. *Germaine Andre Sorel.* Role de la Radiologie dans le pronostic des affections cardio vasculaire 1921.

8. *René Giroux.* Le bruit de galop. *Thèse* 1923.

9. *Ch. Laubry Daniel Rontier et Pure Oury.* L'insuffisance ventriculaire gauche, son rôle en pathologic cardiaque. (Presse méd. No. 27 1925).

10. *E. Lazeanu.* Sur la détermination du volume du coeur par les methodes radiologiques (Journal de Radiologie et d'électrologie Mai 1921).

11. *H. Vaquez.* Maladies du coeur 1921.

12. *Vaquez et Bordet.* Radiologie des vaisseaux de la base du coeur 1921.

13. *Vaquez et Bordet.* Le coeur et l'aorte. Etudes de radiologie clinique 1921.

14. *Vaquez et Bordet.* Utilité des examens radioscopiques répétés au cours des affections cardio-vasculaires.

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 2432

CĂILE FALŞE URETRALE

ŞI

TRATAMENTUL LOR

TEZA

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ŞI SUSŢINUTĂ IN 18 FEBRUARIE 1926

DE

LUPU I. AVRAM

TIPOGRAFIA „ESTETICA“ STRADA ŞELARI No. 10. — BUCUREŞTI

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

Decan: D-nul Profesor Dr. THOMA IONESCU

Profesorii titulari:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	Angelescu C,
Chimia medicală	„ „	Athanasescu N.
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie	„ „	Bălăcescu I.
Anatomia patologică Bacteriologia și patologia experimentală	„ „	Babeș V.
Istologia normală și Istogeneza	„ „	Besnea St.
Medicina experimentală	„ „	Cantacuzino I.
Clinica ginecologică	„ „	Daniel C.
Clinica II-a medicală	„ „	Danielopol D.
Anatomia topografică II	„ „	Gerota D.
Clinica și teoria obstetricală	„ „	Gheorghiu N.
Anatomia topografică I Clinica I-a chirurgicală	„ „	Ionescu Th.
Clinica III-a medicală	„ „	Ionescu D.
Clinica III-a chirurgicală	„ „	Juvara E.
Clinica boalelor urinare	„ „	Jianu A.
Farmacologia și materia medicală	„ „	Lalu S.
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	Meţianu N.
Clinica boalelor nervoase	„ „	Marinescu Gh.
Clinica infantilă	„ „	Manicatide M.
Igiena și poliția sanitară	„ „	Mezincescu D.
Medicina legală	„ „	Minovici M,
Oftalmologia și clinica oftalmologică	„ „	Manolescu D.
Clinica I medicală	„ „	Nanu-Muscel
Clinica dermatologică și sifiligrafică	„ „	Nicolau St.
Clinica mentală	„ „	Obregia Al.
Fiziologia umană	„ „	Paulescu N.
Patologia generală	„ „	Proca Gh.
Anatomia descriptivă și embriologia	„ „	Rainer Fr.
Botanica medicală	„ „	Solacolu T.
Patologia medicală	„ „	Thomescu I. T.
Clinica terapeutică	„ „	Theohari A.
Zoologia medicală	„ „	Zotta G.

Profesori agregați:

Medicina operatoare . . . . . D-l Dr. **Constantinescu C.**

PREȘEDINTELE TEZEI

D-nul Prof. Dr. JIANU A.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici aprobare nici dezaprobare.

In memoria fratelui meu Herman,
mort pentru ţară.

Părinţilor mei,
dragoste şi recunoştinţă.

Surorilor, fraţilor, cumnatei şi cumnatului,
iubire frăţească.

Scanned with OKEN Scanner

Inainte de a începe expunerea subiectului tezei mele, țin să exprim D-lui Profesor Dr. A. Jianu respectuoasele mele mulțumiri pentru cinstea ce mi-a făcut primind să prezideze această lucrare.

D-lui Conferențiar Dr. Gh. Marinescu, care mi-a încredințat subiectul și D-lui Dr. C. Enescu, secundarul serviciului de Căi Urinare, toată gratitudinea mea pentru bunăvoința cu care m'au îndrumat în alcătuirea tezei mele.

D-lui Docent Dr. L. Strominger, pentru concursul dat cu ocazia acestei lucrări, îi aduc mulțumiri și-l asigur de recunoștința mea.

Tuturor celor cari au contribuit la educația mea profesională și morală, omagiul meu de recunoștință și admirație.

Juriului meu de promoție omagii respectuoase,

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE.

Accidentele cateterismului sunt: unele de ordin septic, ca febra urinară, prostatită, abcesele peri-uretrale, cistite — altele de ordin dinamic ca retenția de urină — și al treilea de ordin traumatic *căile false*. — Acestea sunt rupturi făcute asupra uretrei în cursul cateterismului, jenând introducerea sondei în vezică. — Deși e un accident destul de frequent în practică (mai ales în cabinet) totuși nu i se dă atenția ce i se cuvine, mai ales dacă ținem seama de urmările grave cu care ne putem întâlni, dacă-l neglijăm. Căile false sunt plăgi ale uretrei produse în marea majoritate de medici care n'au ținut socoteală de regulele cateterismului și n'au cunoscut obstacolele naturale sau patologice din uretră. D-l Dr. Gh. Marinescu — într'un articol intitulat „Cum trebue să ne comportăm față de traumatismele uretrei", și publicat în „România Medicală", No. 3, anul IV, din 1 Februarie 1926, se ocupă pe scurt între altele și de chestiunea căilor false. In literatura medicală românească, afară de acestea, nu prea s'a publicat cazuri în legătură cu subiectul nostru, considerându-se probabil accidentul ca fără importanță. Ținând seama însă de complicațiunile grave, atât cele imediate cât și cele tardive la care poate da naștere, cum și de faptul că se întâlnește frequent în afară și chiar în spital, am crezut necesar să ne ocupăm mai de

aproape de această chestiune, insistând mai ales asupra acelor accidente de căi falşe care coincid la un stricturat. prostatic, sau bolnav oarecare, cu leziuni renale mai mult sau mai puţin înaintate, unilaterale sau duble.

„Le Journal d'urologie" a publicat în ultimii ani, mai multe cazuri de căi falşe.

A face istoricul acestei chestiuni, înseamnă a face istoricul cateterismului de care e strâns legată şi a ne abate întrucâtva dela subiectul tezei noastre.

Vom aminti totuşi de Ammussat care încă din 1818, împreună cu Bell, a demonstrat că obstacolul cateterismului îşi are sediul în bulb şi la prostată—şi nu la veru-montanum cum se credea până atunci. In 1828 Moulin încearcă să înlocuiască cateterismul drept prin cel curb.

Un chirurg militar, Liout construi în 1824 primele sonde conice olivare. — Urmă apoi Guillon în 1830 care construi *bugiurile* de balenă a căror extremitate terminată în virgulă, erau prea ascuţite şi expuneau mucoasa la rupturi. Abia în 1836 Leroy d'Etiolles inventă bugiul de gumă cu bulă asemănător cu acel ce se întrebuinţează şi astăzi. In 1841 Mercier inventă sonda bicudată.

In sfârşit ultima desoperire— cea mai utilă poate din toate este aceia a lui Nélaton (1807-1873) care imaginâ sonda de caucîuc vulcanizat care-i poartă şi numele. Dela această dată şi odată cu stabilirea regulelor cateterismului, căile falşe au început a se rări şi astăzi ele nu se întâlnesc decât acolo, unde, sau nu se ţine seamă de diversele dispoziţii anatomice ale uretrei normale sau patologice, sau nu se cunosc manoperile sondajului explorator şi terapeutic.

Scanned with OKEN Scanner

ANATOMIA URETREI.

Uretra este un canal prin care urina, după o şedere mai mult sau mai puţin îndelungată în vezică, este expulzată în afară. *La bărbat* este un lung conduct întins dela gâtul vezicei, până la extremitatea liberă a penisului. In porţiunea sa superioară, înapoia veru-montanumului este parcursă exclusiv de urină,—dar înaintea veru-lui uretra mai permite trecerea şi produsului secreţiilor glandelor genitale.

Din punct de vedere anatomic uretra a fost împărţită în: *uretră spongioasă, uretră membranoasă* şi *uretră posterioară*;—sau *uretră mobilă* şi uretră *fixă*. Din punct de vedere fiziopatologic a fost împărţită în: uretră *anterioară* şi *posterioară*, separate prin sfincterul striat şi aponevroza mijlocie. Din punct de vedere clinic se divide în: regiune naviculară, reg. peniană, reg. scrotală, reg. perineo-bulbară, reg. membranoasă şi reg. prostatică.

Direcţie. Uretra e compusă din trei segmente cu direcţii diferite. Dela colul vezicei până la marginea inferioară a simfizei e oblică în jos şi înainte; de la simfiză la rădăcina penisului e oblică în sus şi înainte; iar de la rădăcina penisului la gland atârnă direct în jos când penisul nu e în erecţie.

Din cauza acestor direcţii diferite se formează două unghiuri: unul subpubian deschis înainte şi în jos şi altul prepubian sau penian deschis în jos şi înapoi care dispare în erecţie sau în timpul cateterismului.

Partea posterioară a uretrei are o curbă cu rază de 6 cm. variind cu vârsta şi cu indivizii. Unghiul subpubian corespunde regiunii membranoase şi e punctul cel mai fix al uretrei, în jurul căruia se face îndreptarea uretrei, în cateterismul cu instrumente drepte.

Lungimea uretrei variază, după indivizi și după vârstă dela 14-24 cm; în medie 18-20 cm. Uretra fixă are 10 cm. cea mobilă 7-9 cm. Descompusă în segmente, uretra fixă are: porțiunea prostatică 2-3 cm. porțiunea membranoasă 1 cm., porțiunea spongioasă fixă 6 cm. și 5.

Calibrul uretrei nu e uniform; există o strămtoare la meat, una cilindrică în uretra peniană, una la coletul bulbului și uretra membranoasă și ultima la colul vezical. Intre ele există trei dilatații: una naviculară, una bulbară și una prostatică. *Otis* dă ca diametru mijlociu al uretrei 8 mil. și 90 până la 12 mil. 70.

In practică un instrument cu un diametru de 9 mil. trece ușor într'un canal normal. *Lumina canalului* e virtuală; devine reală când trece coloana de lichid sau instrumentele de explorare.

Forma canalului pe secțiuni variază după regiuni.

Suprafața interioară a uretrei anterioare prezintă: cute longitudinale; lacune mari și mici ale lui Morgagni în număr de 10-12 situate pe peretele superior cu un canal de 10-12 mm. deschis înainte; Valvula și sinusul lui Guerin situate pe peretele superior la 1-2 cm. de meat; orificiile glandelor lui Cowper situate pe peretele inferior, deoparte și de altă a liniei mediane, înaintea fundului de sac bulbar; orificiile glandelor lui Littre diseminate peste tot și vizibile cu lupa.

Deschiderea lacunelor lui Morgagni măsoară, pentru cele mari, 1-3 mil. în diametru și fiind îndreptată spre meat ea permite bugiurilor de calibru mic să se angajeze în lacune.

Asemenea valvula și sinusul lui Guerin pot opri sonda în timpul cateterismului.

In uretra posterioară se observă: veru-montanum cu utricula prostatică la vârf, și orificiile canalelor ejaculatoare pe lături. De ambele părți ale lui sunt două șanțuri în cari

se deschide glandele prostatice. Comparând peretele superior cu cel inferior al uretrei observăm că cel superior e mai scurt, descrie o curbă mai regulată, e mai rezistent, înconjurat de mai puțin țesut erectil; pe când cel inferior e mai depresibil, mai lung cu 1-1½ cm. la prostatici, cu depresiuni ca: fossa naviculară, fundul de sac bulbar, depresiunea prostatică.

Toate obstacolele sunt pe peretele inferior, de aceia cel superior a fost numit peretele chirurgical.

Structura uretrei. Uretra e constituită din 3 straturi: un epiteliu stratificat cilindric la embrion, turtit în fossa naviculară, reg. membranoasă și prostatică, la adult; el e format din 2-3 rânduri de celule; un chorion cu 2 straturi, unul superficial conjunctiv cu fibre elastice, altul profund, compus din teaca erectilă sau lama spongioasă; o musculoasă cu două straturi: cel intern longitudinal, cel extern circular, constituind în regiunea prostatică, sfincterul neted.

Glandele uretrei sunt: glande unicelulare; glande ale lui Littre; diverticule uretrale simple sau ramificate și glandele lui Cowper.

Sfincterii uretrei. Uretra are doi sfincteri: unul neted situat la unirea uretrei cu vezica și altul striat, format din 3 părți; una anterioară sau Cowperiană, vechiul mușchiu a lui Wilson; una mijlocie sau membranoasă propriu zisă, și una prostatică sau posterioară constituită din fibre arcuite, convexe înainte cari acoper partea exterioară a prostatei și care înapoi par rupte prin desvoltarea ei.

Vasele uretrei. Arterele uretrei vin din genitovezicale uretrale anterioare și inferioare, hemoroidală mijlocie, cele două perineale și dorsala penisului.

Venele se varsă în plexul latero-prostatic, plexul lui Santorini, vena dorsală profundă, venele uretrale și bulbare, tributare rușinoasei interne.

Scanned with OKEN Scanner

Limfaticele balanice şi peniene merg la ganglionii inguinali superficiali ale bulbului şi ale uretrei membranoase la ganglionul retro-crural intern şi iliac intern; ale uretrei prostatice în limfaticele prostatei.

Nervii vin din plexul ipogastric şi nervul ruşinos intern.

ETIOLOGIE ŞI PATOGENIE.

Căile falşe sunt un accident al cateterismului. Se văd la stricurați şi prostatici care trebuesc sondați şi la nervoşi care prezintă contractura sfincterului membranos. Acesta se închide complect şi se opune trecerii sondelor şi exploratoarelor. In aceste condițiuni şi mai ales dacă se întrebuințează un instrument drept, puțin rigid, se poate foarte uşor răni fundul de sac bulbar şi crea astfel o cale falşă.

Anumite dispoziţiuni anatomice uretrale exagerate şi accentuate la unele persoane, predispun la cale falşă; astfel sunt foliculii prea desvoltați, valvulele prostatice şi mai ales fundul de sac al bulbului. Depresiunea pe care o constitue este câteodată aşa de profundă la bătrâni, că sonda se angajează acolo cu toate tracțiunile exercitate asupra penisului pentru a-l ridica. Câteodată se asociază şi spasmul uretrei, la acest obstacol natural.

Stricturile cu sinuozitățile şi deviațiile canalului şi mal ales hipertrofia de prostată prin deformațiunile pe care le aduce uretrei, şi inflexiunile laterale sau antero-posterioare pe care le impune direcţiei canalului sunt şi ele o cauză frequentă de căi falşe.

Uneori lacunele lui Morgagni fiind prea largi, extremitatea unui bugiu sau a unei sonde conice poate să se introducă în cavitatea lor.

Scanned with OKEN Scanner

Rezistența unui instrument poate să fie un pericol: o sondă metalică condusă fără prudență va face mai ușor o cale falșă decât o sondă moale.

Un mic bugiu, fin ascuțit, va pătrunde mai ușor în mucoasa uretrală.

In timpul lui Dessautt, Chopart. Boyer, se practica cateterismul forțat: se mergea cu sonda drept la obstacol și se împingea înainte până ajungea sonda în vezică.

La un stricturat în stare de retenție, la care n'a fost pus încă diagnosticul de strictură, și pe care vrem să-l sondăm cu o sondă prea rigidă, vom întâlni o rezistență și dacă vom forța, se va rupe mucoasa și uretra va sângera. Un început de cale falșă va fi creat.

Asemenea la o strictură când se caută a se trece un bugiu filiform prea rigid. Se perforează mucoasa înaintea stricturei și se creiază un traect artificial, realizându-se câteodată — foarte rar — o anastomoză uretro-uretrală.

Sunt bolnavi care se sondează singuri, cu diverse sonde de diferite forme și a căror uretră poate prezinta mai multe căi falșe.

ANATOMIE PATOLOGICĂ.

Căile falșe se pot face în toată lungimea canalului (bulb, regiunea membranoasă și prostatică) și mai ales pe peretele inferior — *peretele periculos*. Guyon spune că n'a observat niciodată o cale falșă pe peretele superior, — aceasta e în raport cu sediul obstacolelor care opresc sonda și care se întâlnesc exclusiv pe planșeul uretrei.

Sunt totuși cazuri, când se întâlnesc și pe peretele superior — ce e drept foarte rar — mai ales la stricturații la care trebue intervenit cu filiforme.

Limitat la țesuturi care constitue uretra în porțiunea spongioasă, traectul, poate pătrunde în țesuturi vecine de exemplu, în planurile care separă prostata de rect și chiar în țesutul celular retro-pubian, dar cel mai adesea el rămâne în grosimea glandei.

Aproape totdeauna, calea falșă se face în uretra spongioasă și la nivelul porțiunei membranoase ea este incomplectă, adică se termină în fund de sac la o distanță mai mult sau mai puțin mare de deschidere, în felul unei fistule oarbe.

In uretra prostatică ea este adesea complectă, stabilind un tunel între vezică și un punct din traectul uretrei.

Această ultimă varietate constituia altădată un accident destul de fericit, și era erijat ca metodă terapeutică (cateterismul forțat a lui Mayor).

E inutil a insista asupra descrierii minuțioase a focarului căii falșe. E o plagă contusă, o ruptură a cărei gravitate consistă în pătrunderea urinei în cavitatea sa. Or, fără îndoială că din cauza oblicității orificiului îndreptat către meat și permițând mucoasei să facă o clapă, această penetrație este adesea evitată în caz de fistulă incomplectă dar ea este aproape regulă în cazurile de fistulă complectă, comunicând cu vezica; de unde gravitatea bine diferențiată între cele 2 feluri de căi falșe.

SIMPTOME ȘI COMPLICAȚII.

Un chirurg experimentat recunoaște ușor când face o cale falșă —scrie Voillemier —, din nenorocire cel mai adesea un medic neexperimentat produce acest accident.

Semnele unei căi falșe sun următoarele: *uretroragia sau hematuria* care poate să fie mai mult sau mai puțin

abundentă, oprirea sondei înaintea unui obstacol anormal, apoi senzația de rezistență învinsă și *inaintarea sacadată a instrumentutui.* Toate acestea sunt însoțite *de durerea* încercată de bolnav. Uneori, când cateterul e angajat profund, se constată absența scurgerei de urină și imposibilitatea de a injecta lichid pe sondă. Pentru a ne convinge de situațiunea instrumentului, introducem indexul în rect și controlăm.

Consecințele căilor falșe sunt *hemoragia* și *infecția.* Hemoragia poate fi uretrală și vezicală și uneori destul de gravă. *Infecția* poate fi *locală* dând naștere la abcese periuretrale—flegmoane difuze, ori *generale* ca febră urinară.

Căile falșe nu sunt așa de grave, din punct de vedere clinic prin leziunile făcute în uretră, cât sunt prin complicațiunile serioase la care pot da naștere și care dacă nu sunt tratate din vreme pot duce la un sfârșit fatal.

Afară de căile falșe observate frequent în tratamentul bolnavilor și care pot fi ușor combătute printr'o sondă à demeure — acestea având ca accident imediat numai *accesul simplu și pasager de infecție urinară,* sunt căile falșe grave însuși prin traumatismul provocat, care poate fi și calea de absorbție a microbilor. Mai mult, acest accident prezintă un pericol la acei bolnavi cu leziuni renale duble și înaintate, la care este de temut *anuria* ca accident dinamic, *infecția urinară* ca: accident infecțios.

Din cele mai grave complicațiuni, aceia care se întâlnește mai des este *febra urinoasa.*

Aceasta se prezintă sub 3 modalitați.

a) *Un acces tipic,* cu frisson, căldură și sudoare. Accesul durează câteva ore, cu 40-41°, limbă uscată, vărsături, puls mic, uneori intermitent. Defervescența se face brusc. Inocularea microbilor și absorbția toxinelor e slabă și eliminarea e posibilă grație rinichilor care nu sunt alterați.

b) *Accese prelungite și repetate cu sau fără remisiuni*, cu turb. digestive și secreția rinichilor scăzută. Frisson intens, de durată lungă, căldură fără sudație. Temp. 39-40°. In accesele repetate și prelungite, rinichii sunt de obicei alterați și incapabili să elimine toxinele.

c) *Febra continuă* cu durata nedeterminată, cu accese intermitente, caracterizează *forma lentă* descrisă de Guyon. Turburările digestive țin primul loc în tabloul clinic. Se mai numește *„cachexia urinară“* în care rinichii sunt profund alterați.

Anuria, la un bolnav căruia i s'a făcut o cale falșă este și ea în raport cu gravitatea leziunilor renale.

Abcesele urinare, flegmoanele difuze și infiltrația de urină, în general, sunt în funcție de gradul de infecție al uretrei lezate și al urinei.

Intr'un caz de ruptură uretrală traumatică de gravitate medie, după ce au trecut câte-va zile fără turburări locale sau generale, fiind pusă o sondă à demeure în canal, deodată apare febra, perineul se împăstează, și frisoanele se repetă. Urina s'a însinuat dealungul sondei și a venit să inunde fistula, prielnică pentru stagnare și infecțiune.

DIAGNOSTIC.

Faptul că bolnavul va fi sângerat mai mult sau mai puțin abundent în cursul manevrelor cateterismului, că aceste tentative vor fi rămas infructuoase și nu vor fi ajuns la trecerea complectă a sondei, va ajunge să se puie diagnosticul de efracțiune mai mult sau puțin grave a peretelui uretral.

Aproape totdeauna e vorba de bolnavi în stare de retenție care vor fi suferit tentative infructuoase și prelungite ale cateterismului.

Uneori e vorba de un prostatic obicinuit să se sondeze de mult timp pentru o retenție cronică. De obicei sonda trecea ușor. Intr'o zi însă, fie că a schimbat instrumentul fie că a inpins prea tare, el și-a sângerat canalul și n'a reușit să treacă sonda.

El a făcut o cale falșă.

Comemorativele ne vor arăta cu ce fel de afecțiune avem de-aface și prin urmare vom ști la ce manevre vom recurge pentru a face să treacă sonda.

Câteodată e vorba de o retenție acută survenind pentru prima dată la un om în vârstă. Cateterismul a eșuat și canalul a sângerat. E vorba deci de o cale falșă făcută fără îndoială la un prostatic, dar nu trebue uitat că sunt bătrâni stricturați chiar de 75 ani. (Paul André)

O cale falșă se recunoaște deci prin 3 elemente: manevre anterioare de cateterism, manevre infructuoase și uretroragia.

Uretrogia nu lipsește niciodată când e cale falșă. Căile falșe din uretra posterioară și din prostata în particular sângerează în vezică. E mai mult hematurie decât uretroragie (Legueu) sângele se acumulează câteodată în chiaguri în vezică, dar chiar în acest caz, tot sunt câteva picături de sânge care pătrund până la meat și vin să confirme rănirea făcută în parteà profundă a uretrei.

Uretroragia e aproape constantă (Legueu) dar nu e proporțională cu importanța căii falșe; abundența hemoragiei e în raport cu vascularizația regiunei rănite. Uretroragia nu indică decât un lucru, că e o rănire a peretului uretral — adică o cale falșă.

Pentru a ști unde este calea falșă, explorația devine necesară. Se ia o bulă exploratice și se observă dacă se oprește în fundul de sac al bulbului sau la prostată. Această noțiune indispensabilă va indica instrumentele ce

convine pentru cateterism, după cum avem o cale falşă perineală sau una prostatică.

EVOLUŢIE ŞI PRONOSTIC.

Multe din aceste căi falşe se repară dela sine şi nu provoacă nici o urmare neplăcută—, astfel e la bolnavii aseptici şi câte odată chiar—ceiace e mai extraordinar, la cei infectaţi.

In general însă, la cei din urmă, calea falşă este totdeauna o poartă deschisă la infecţiune şi ea poate să provoace accidente imediate de *infecţie urinară* (frisoane, febră); accidente secundare de periuretrite phlegmonoase sau gangrenoase fie accidente indepărtate sau mai tardive de prostatită supurată, câteodetă latentă.

Dacă căile falşe, deci, sunt insignifiante deobicei, dacă în fiecare zi zeci de bolnavi pot să facă fără frică mici căi falşe, nu trebue totuşi considerat ca neglijabil un accident de acest fel: el reclamă din contră o supraveghere imediată şi adesea chiar mult timp prelungită.

Ruptura poate lăsa în urma sa o strictură traumatică.

Pronosticul unei căi falşe, devine grav când bolnavul nu poate fi drenat imediat. El este cu atât mai grav cu cât bolnavul are şi leziuni renale înaintate şi duble. *(Dr. C. Enescu).*

TRATAMENTUL.

Tratamentul căilor falşe e *preventiv* şi *curativ*.

Cel *preventiv* constă în a ne conforma regulelor cateterismului; a preciza sediul obstacolului pentru a alege instrumente convenabile; a mânui instrumentele cu blândeţe

fără ambiție (Gyuon) și a nu căuta să învingem obstacolul prin forță.

Inainte de toate trebue deci să explorăm uretra cu exploratorul cu bulă. Vom recunoaște astfel dacă avem stricturi și sediul aceleia care oprește exploratorul. Medicul va trebul să se înarmeze cu filiformul și cu răbdare (Paul André).

Tratamentul curativ variază după cum există retenție de urină sau nu.

1) *Dacă bolnavul urinează spontan* îl lăsăm în pace și reparația căei falșe se face dela sine.

In caz de hemoragie abundentă vom pune o *sondă à demeure* cu scop de a opri hemoragia și a permite evacuarea urinei.

Dacă apare retenția în urma producerei de cale falșă, trebue să punem o sondă folosindu-ne de o sondă à béquille condusă pe un mandrin curb și urmând peretele superior al uretrei pentru a evita pătrunderea infecției în calea falșă care e situată deobicei la bulb sau în prostată odată pusă, se poate lăsa sonda *à démeure*, retrăgând mandrinul ceia-ce oferă mai multe avantagii: golim vezica, evitând cateterisme repetate, mai mult sau mai puțin penibile, uretra e în repaos și împiedică falșa cale de a se infecta, permițându-i din contra să se cicatrizeze.

Se întâmplă câte-odată ca uretra să fie ciuruită de atâtea căi falșe, datorite fie multiplelor sondaje făcute de bolnav în chip brutal, fie tentativelor medicale prea prelungite și cu prea multă insistență executate, încât a devenit imposibil de a trece cu un cateter, chiar dacă am întrebuința cele mai perfecte sonde à béquille, bine cudate și am utiliza corect manevra mandrinului.

In aceste cazuri se poate bine înlătura dificultățile, provizoriu, făcând una sau mai multe *puncții ale vezicei*

cu scop de a lăsa canalul să se repauzeze, prostata să se decongestioneze și așteptând câteva ore sau până a doua zi când începem cateterismul. Se recomandă și băi calde, supozitoare calmante până ce micțiunea se face spontan (Gh. Marinescu).

Dacă retenția e datorită hemoragiei vezicale și formării de chiaguri în vezică, vom recurge la aspirația chiagurilor pe o sondă béquille de calibru mare introdusă cu un mandrin sau pe o sondă de litrotiție.

In cazul când bolnavul e în retenție înainte de producerea căei falșe, cum e cazul la prostatici, trebue să introducem o sondă pe care s'o lăsăm pe loc. Sonda à béquile montată pe mandrin, sau sonda à béquille cu o curbură de béniqué sunt cele mai indicate și în mai toate cazurile reușim să intrăm în vezică. Odată sonda pusă va fi lăsată pe loc și fixată pentru opt zile, în care timp calea falșă se cicatrizează. In caz, când nu se poate trece sonda. vom recurge la *cistotomie* și aceasta numai în cazul dacă nu avem o contra-indicație pentru puncția vezicei care în cazurile favorabile, repetată, contribue—cum am mai spus—la decongestia prostatei și prin aceasta la ușurarea cateterismului.

Drenajul supra-pubian al vezicei, menținut un timp suficient, va pune pe bolnav în cele mai bune condițiuni posibile pentru o prostatectomie ulterioară. Această talie hipogastrică va fi și mai urgentă dacă e vorba de un bolnav deja infectat. fie anterior, fie prin tentativele infructuoase ale cateterismului. In aceste condițiuni dacă are febră, limba uscată, stare generală atinsă, *cistotomia permițând un larg drenaj supra-pubian* al vezicei, va face să înceteze accidentele de infecție urinară, va salva bolnavul și va permite ulterior, după ce a trecut un timp suficient pentru a-l desinfecta și desintoxica, să se facă o prostatectomie.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă bolnavul e un retenționist stricturat vom încerca să punem un filiform practicând *cateterismul fasciculat*. Dacă s'a putut introduce filiformul, vom face uretrotomia internă și vom pune o sondă care să protejeze calea falșă evitând hemoragia și infecția. In cazul când nici filiformul nu se poate introduce, vom face *puncția vezicei*, repetând-o la nevoie până se poate trece un filiform. De nu reușim să trecem filiformul, după câte-va zile vom recurge la *uretrotomie externă* sau la o *cistotomie* și *cateterism retrograd*.

Fenomenele septice locale sau *generale* vor fi evitate printr'o *asepsie riguroasă a instrumentelor* și prin *protecția căei falșe*, poarta de intrare pentru microbi, prin *sonda à demeure*. In cazul când s'a produs infecția locală, vom deschide și drena urinele iar pentru infecția generală ne vom comporta ca în orice septicemie ținând socoteală de origina uretrală.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAŢIUNI.

OBSERVAŢIUNEA I.

(Dl. Dr. C. Enescu).

Bolnavul V. în vârstă de 44 ani, intră în tratament pentru modificări de jet (filoform şi fără forţă) disurie, urini turburi, dureri în ambele regiuni lombare.

Ant. heredo-colaterale — fără importanţă.

Antec. pers. Blenoragie la 20 ani — netratată — uretrită gonococică cronică — stricturi uretrale — urini turburi şi dureri renale dela vârsta de 32 ani — în câteva rânduri febră, vărsături, cefalee, turb. gastrice şi azotemie; 0,670-0,700 uree în sânge.

Stare prezentă. Bolnavul slăbit, turb. gastro-intestinale şi anorexie, jetul filiform, urini turburi fetide. Rinichiul drept palpabil. Cel stâng, nu se simte. Punctul costo-vertebral şi costo-muscular dureros de ambele părţi. Punctele ureterale sup. dureroase de ambele părţi.

Prostata mărită de volum.

Cateterismul uretrei indică stricturi 6.

Exam. bacteriologic al urinei: numeroşi colibacili.

Exam. ureei. Bolnavul la regim prezintă 0.580 ureea în sânge.

Trat. Dilataţii uretrale şi auto-vaccin anticolibacilar. Se ajunge la Beniqué 54. Se face cateterism uretral. La Beniqué 54 bolnavul suferă o cale falşă, cu uretroragii abundente. Se încearcă a se trece o sondă à béquile, à demeure şi cudata lui Guyon. Manevra nu reuşeşte. Uretroragia abundentă Se lasă bolnavul liniştit. Seara are 40°.

A doua zi se încearcă toate manevrele — filiform cu tijă de conductor — sonda à bout coupé cu un filiform conductibil. — Sonda à bequille Nélaton cu mandrin Guyon. Nu se reuşeşte.

Uretroragia devine puternică. Oligurie 300 gr. în 24 ore.

Bolnavului i se recomandă băuturi abundente, diuretice, băi fierbinţi, — Prezintă în aceiaşi zi, a 2-a şi a 3-a zi accese febrile 40° şi 40° precedate de frisoane şi însoţite de cefalee, turb. gastrice. Anorexia complectă. A 5-a zi se reuşeşte a se introduce o sondă à béquille 15. Fenomenele toxi-infecţioase continuă. Ureea în sânge 0.800. Caşexie urinară progresivă.

Bolnavul moare după 3 săptămâni.

OBSERVAȚIUNEA II.

(Serviciul D-lui Profesor Dr. A. Jianu)

Bolnavul Nicolae Iatropol de 57 de ani, intră în serviciu la 10 Ianuarie pentru dureri localizate în lombe și fenomene de retenție urinară datorite unui cateterism.

Anteced. heredo-colat. Fără importanță.

Anteced. personale. Blenoragie la 14 ani — tratată — după 4-5 ani altă blenoragie.

Istoricul maladiei. Acum o lună are temperatură, polakiurie, disurie. în care timp a făcut spălături. Cu 2 zile înainte de a veni la spital s'a simțit rău, a avut turburări diseptice, temp. 39° și turburări urinare cu *imposibilitate de a urina.* Aceasta — spune bolnavul — i-a provenit în urma unui cateterism cu béniqué în cursul căruia i s'a provocat hemoragie și dureri: o cale falșă.

Stare prezentă. Dureri localizate în ambele lombe. Micțiunea frequentă. Urinează mai des în mișcare. Are disurie, cu dificultate în urinare. Dureri în tot timpul urinării — jet filiform.

Rinichiul drept se palpează și e dureros.

Cel stâng idem.

Capacitatea vezicală 230 gr.

Prostata puțin mărită, mai cu seamă lobul drept, dureros la presiune.

Ex. urinei. Fetidă, reacție alcalină, albumină 0,30 la litru.

Ureea în sânge — 1.500 la 13 Ianuarie.

In urma regimului scade progresiv:

0,820 gr. la 21 Ianuarie.

0.580 gr. la 26 Ianuarie.

0.388 gr. înainte de plecare.

Trat. La intrare în spital, bolnavul a fost sondat și i s'a pus *o sondă à demeure.* S'a tratat azotemia.

Bolnavul pleacă vindecat.

OBSERVAȚIUNEA III.

(Serviciul D-lui Profesor Dr. A. Jianu)

Bolnavul Ivan Goroșko de 45 ani vine în spital la 15 Dec. 1925 pentru dificultate în micțiune, fistule perineale și hemoroizi.

Anteced. heredo-colaterale. Fără importanță.

Anteced. personale. Blenoragie la 20 de ani — tratată.

Istoricul maladiei. Acum 4 ani bolnavul a observat o dificultate în micțiune, cu jet filiform, însoțit de durere. A urmat dilatări în cursul cărora a

observat dificultatea în micțiune și formarea unui abces periuretral. (I se făcuse în urma unui cateterism o cale falșă care s'a complicat cu un abces. A fost atunci în spital unde a fost incizat, și cateterizat. I s'a făcut și o talie hipogastrică — după care bolnavul s'a simțit bine putând să urineze fără dificultate. Acum 2 săptămâni, bolnavul acuză aceeași jenă în micțiune, însoțită de abces perineal.

Starea prezentă. Micțiunea frequentă. Dysurie și dureri la începutul micțiunii —jet filiform — Micțiunea odată începută — continuă cu greutate, oprindu-se câteodată brusc, iar după 5 minute bolnavul reîncepe a urina fără a simți. Are piurie. Urina lasă un depozit alb.

Prezintă 2-3 fistule cu traect ascendent prin care se scurge urina.

Prostata mărită de volum, dureroasă și dură.

Vezicula seminală dreaptă se simte.

Trat. La venirea în spital i s'a introdus o sondă à demeure care a stat 3 zile până s'a cicatrizat calea falșă.

La 21 Dec. i s'a introdus bugiul 8, s'a făcut uretrotomia și s'a pus sonda à demeure.

La 24 Dec. sonda Nélaton.

La 28 Dec. face un abces perineal care a fost incizat.

Le 31 Dec. s'a făcut dilatația cu bugiu 22.

De la 2 Ian. s'a continuat cu béniqué până la 59.

Bolnavul e încă în spital în continuarea tratamentului.

OBSERVAȚIUNEA IV.

(*Dl. Docent Dr. L. Strominger*)

Bolnavul B., de 32 ani, intră în tratament la 26 Dec. 1925 pentru accese de febră ce ating seara 40°-40⁵ cu remisiuni matinale, disurie, urini turburi starea generală alterată.

Antec. hered. colat. Fără importanță.

Antec. personale. Blenoragie la 20 ani, tratată, stricturi.

Istoricul maladiei. Cu 8 zile înainte, un medic din provincie, a încercat să-i facă un cateterism cu béniqué care n'a pătruns și după care a urmat o sângerare abundentă, cu frisson, febră, dureri violente la urinare, disurie, mergând chiar până la retenție, aproape totală.

Stare prezentă. Bolnavul emaciat, febril, puls 120-140 disurie, urini turburi sanguinolente, micțiune frequentă la fiecare jum. oră hematurie terminală.

Rinichiul drept ușor palpabil

Prostata ușor mărită de volum. Sensibilă la presiune,

La explorațiunea uretrei se constată un punct sensibil la bulb, unde se percepe ușor un obstacol la cateterism.

Trat. Se introduce o sondă cilindro-conică 15 care se lasă à demeure

In zilele următoare, temp. se menține 38°-39° seara uneori 39-40°.

Se dă oleu camforat, cafeină.

După 4 zile se scoate sonda. Temp. se ridică la 40°-40⁵ seara. 39° dim.

Disuria şi retenţia complectă continuă.

Se aplică sonda à demeure din nou, după care temp. are uşoare tendinţe la scădere.

In cursul tratam. se observă o infiltraţie în reg. perineală şi o tumefacţie către fossa ischio-rectală stângă cu aceleaşi caractere.

Se incizează profund, aceste abcese urinoase din care ese un puroi fetid, cu miros gangrenos. Se drenează ambele plăgi,

Se face subcutauat 100 gr. ser antigangrenos dela Instit. „Cantacuzino",

A 2-a zi temp. scade. Sonda funcţionează bine. 50 gr. ser antigangrenos.

A 3-a zi 50 gr. ser antigangenos.

La 10 Ian. bolnavul în stare bună pleacă în provincie pentru continuarea tratamentului,

OBSERVAŢIA V. (Rezumat).

(Dr. M. Werliac. Bulletin de la société française d'urologie No. 4, Avril 1925).

Bolnav de 50 ani, purtătorul unei stricturi uretrale, intră la Necker în 22 Dec. 1924 după o perioadă de retenţie pentru care a fost sondat în oraş. Cateterismul a fost continuat la Necker. Dificultatea de a introduce o sondă mijlocie, varia dela zi la zi. A fost pusă o sondă à demeure. Şapte zile după intrare în spital, temperatura se ridică progresiv şi bolnavul muri la 6 Ian. 1925, 15 zile dela intrarea sa în spital.

La autopsie : Orificiul uretral este larg, asemenea uretra prostatică şi membranoasă ; plecând dela veru-montanum mucoasa este larg şi profund ulcerată.

Pe o lungime de 4 centimetri, canalul pare mărginit de un perete neted şi puţin neregulat.

Această cavitate cu pereţii netezi nu este a uretrei, ci un conduct artificial anteuretral, *o cale falşă care încalecă strictura uretrală.*

Dela zona membranoasă ulcerată pleacă uretra stricturată care merge, *paralel* şi *subjacent* cu calea falşă, până la punctul unde cavitatea normală şi canalul artificial se reunesc înaintea stricturei.

Calea falşă a exclus, deci, strictura şi a realizat *o anastomoză uretro-uretrală* fără a determina în trajectul preuretral vre-o infecţie localizată sau difuză, (poate că această imunitate este în raport cu sediul căei false la faţa superioară a ureirei).

CONCLUZIUNI.

1. Căile falşe uretrale sunt accidente ce se observă în majoritatea lor, în cateterismul cu instrumente metalice: sonde, béniquéuri, cistoscop, etc.

2. Majoritatea căilor falşe se fac în fundul de sac al bulbului şi la nivelul prostatei, pe peretele inferior al uretrei.

3. Calea falşă, ca plagă contusă, deschisă în uretră şi prin urmare, expusă la infecţii, nu este aşa de gravă ca leziune, cât mai ales prin complicaţiunile serioase la care poate da naştere ca: infecţiuni, abcese urinoase, flegmoane difuze, anurie, etc,-şi are consecinţe cu atât mai grave, cu cât leziunile renale sunt mai înaintate şi duble.

Ea nu trebue considerată neglijabilă, ca un accident oarecare ci reclamă, din contră, o supraveghere imediată şi un tratament potrivit.

4. Pronosticul unui căi falşe devine grav, când urinele nu pot fi drenate imediat.

5. Cateterismul trebue făcut cu multă prudenţă, blândeţe şi ambiţie, mai ales la prostatici, la care trebue întrebuinţate instrumentele curbe sau cudate, al căror cioc să se îndepărteze de peretele inferior deformat, *peretele periculos*, şi să urmeze peretele superior,- *adevăratul perete chirurgical.*

6. Tratamentul căilor falşe este *preventiv* şi *curativ*, şi depinde de sediul, întinderea, numărul leziunilor şi de starea septică a uretrei

Trat. preventiv: respectarea regulelor cateterismului.

Trat. curativ: sondă à demeure care grăbeşte cicatrizarea, şi combate hemoragia, infecţia locală şi generală

Văzută şi bună de imprimat

Preşedintele tezei:
(ss) Prof. Dr. JIANU A.

Decanul Facultăţii:
(ss) Prof. Dr. THOMA IONESCU

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUSIONS.

1. Les fausses routes urèthrales sont des accidents qui s'observent dans la majorité des cas, dans le cathétérisme aux instruments métaliques: sondes, béniqués, cystoscops, etc.

2. La plupart des fausses routes se produit dans le cule de sac du bulbe, au niveau de la prostate, sur la paroi inférieure de l'urèthre.

3. La fausse route, en tant que plaie contuse, ouverte dans l'urèthre, et par conséquent exposée aux infections, n'est pas aussi grave comme lésion, que surtout par les complications sérieuses, qu'elle détérmine : infections, abcès urineux, phlegmons difus, anurie etc, et les conséquences en sont d'autant plus graves que les lésions rénales son plus avancées et bilaterales.

Il ne faut pas la néglijer et la considerer comme un accident quelconque, mais ne pas oublier qu'elle réclame une surveillance immédiate et un traitement approprié.

4. Le pronostic d'une fausse route devient grave quand l'urèthre ne peut pas être immediatement drénée.

5. Le cathétérisme doit être fait très prudemment, avec douceur et *sans amour propre*, surtout chez les prostatiques chez lesquels on doit employer les instruments courbes on coudés, dont le bec doit éviter la paroi supérieure, *la véritable paroi chirurgicale.*

6. Le traitement des fausses routes est préventif et curatif et dépend du siège, de l'étendue, du nombre des lésions et de l'état septique de l'urèthre.

Trait. préventif: l'observation des règles du cathétérisme.

Trait. curatif: sonde à demeure qui hâte la cicatrisation, et combat l'hémoragie, l'infection locale et générale.

Vue et bonne à imprimer

Le président de la thèse:
(ss) **Prof. Dr. JIANU A.**

Le doyen de la Faculté:
(ss) **Prof. Dr. THOMA JONNESCO**

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

André Paul. — Encyclopedie française d'urologie. Tome V. 1922.
Albarran. — Médecine opératoire des voies urinaires Paris 1919.
Bulletin de la societé française d'urologie. 1925.
Desnos et Minet. — Traité des maladies des voies urinaires. Paris 1909.
Forgue. — Pathologie Externe. Tome II 1917.
Guyon. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Tome II 1903.
Legueu şi Papin. — Précis d'urologie. Paris 1921.
Legueu. — Traité chirurgical d'urologie 1910.
Marion. — Le traitement moderne des ruptures de l'uréthre. Journal d'urologie 1913.
Marinescu Gh. — România Medicală. No. 3, 1926.
Pousson. — Précis des maladies des voies urinaires 1917.
Pousson şi Desnos. — Encycolopédie française d'urologie Tome I 1914.
Testut. — Traité d'anatomie humaine Vol. IV 1911.

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 2433

PROCEDEUL C. SEVEREANU

IN

BUZA DE IEPURE SIMPLA CONGENITALA

TEZA

PENTRU DOCTORAT IN
MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN 24 FEBRUARIE 1926

DE

MAX GOTTLIEB

TIPOGRAFIA „ESTETICA“ STRADA ȘELARI No. 10. — BUCUREȘTI

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

Decan: D-nul Profesor Dr. THOMA IONESCU

Profesorii titulari:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	Angelescu C,
Chimia medicală	„ „	Athanasescu N.
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie	„ „	Bălăcescu I.
Anatomia patologică	„ „	Babeș V.
Bacteriologia și patologia experimentală	„ „	Besnea St.
Istologia normală și Istogeneza	„ „	Cantacuzino I.
Medicina experimentală	„ „	Daniel C.
Clinica ginecologică	„ „	Danielopol D.
Clinica II-a medicală	„ „	Gerota D.
Anatomia topografică II	„ „	Gheorghiu N.
Clinica și teoria obstetricală	„ „	Ionescu Th.
Anatomia topografică I / Clinica I-a chirurgicală	„ „	Ionescu D.
Clinica III-a medicală	„ „	Juvara E.
Clinica III-a chirurgicală	„ „	Jianu A.
Clinica boalelor urinare	„ „	Lalu S.
Farmacologia și materia medicală	„ „	Meţianu N.
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	Marinescu Gh.
Clinica boalelor nervoase	„ „	Manicatide M.
Clinica infantilă	„ „	Mezincescu D.
Igiena și poliția sanitară	„ „	Minovici M,
Medicina legală	„ „	Manolescu D.
Oftalmologia și clinica oftalmologică	„ „	Nanu-Muscel
Clinica I medicală	„ „	Nicolau St.
Clinica dermatologică și sifiligrafică	„ „	Obregia Al.
Clinica mentală	„ „	Paulescu N.
Fiziologia umană	„ „	Proca Gh.
Patologia generală	„ „	Rainer Fr.
Anatomia descriptivă și embriologia	„ „	Solacolu T.
Botanica medicală	„ „	Thomescu I. T.
Patologia medicală	„ „	Theohari A.
Clinica terapeutică	„ „	Zotta G.
Zoologia medicală	„ „	

Profesori agregați:

Medicina operatoare	D-l Dr.	Constantinescu C.

PREȘEDINTELE TEZEI

D-nul Prof. Dr. METIANU N.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici aprobare nici dezaprobare.

Scanned with OKEN Scanner

Memoriei neuitatului meu părinte,
primul meu dascăl şi îndrumător,
închin această modestă lucrare.

Soţiei mele,
iubire şi devotament.

Mamei, surorei şi fraţilor mei,
dragoste şi recunoştinţă.

Scanned with OKEN Scanner

D-lui Prof. Dr. N. Meţianu,

pentru bună-voinţa cu care a primit să prezideze teza mea inaugurală profunda mea gratitudine.

Juriului meu de promoţiune,

respectuoase mulţumiri.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE.

Buza de iepure congenitală, una din multiplele malformațiuni congenitale ale feței, compromite în oare care măsură și starea generală a purtătorului, dar în mai toate cazurile prezintă această diformitate un interes capital din punct de vedere estetic.

Chirurgi cari s'au ocupat de această chestiune s'au străduit să găsească un procedeu operator, care să înlăture cât mai bine, lacuna lăsată de natură. Procedeele întrebuințate corijeau întrucâtva viciul, dar mai fiecare dintre ele avea și câte un inconvenient.

Și la noi în țară a luat naștere acum vre'o 30 de ani un procedeu pentru operarea buzei de iepure. Autorul acestui procedeu D-nia Sa, Dl. Prof. C. Severeanu, ținând seamă de inconvenientele celorlalte procedee, a stabilit principiile procedeului D-sale în așa fel, încât rezultatele obținute atât de către D-nia Sa, cât și de alți chirurgi au fost dintre cele mai bune. Inconvenientele celorlalte procedee au fost în cele mai multe cazuri cu totul înlăturate, iar în cazurile cari dela început se găseau în condițiuni nefavorabile față de oricare alt procedeu operator, ele au fost reduse la minimum. Proce-

Scanned with OKEN Scanner

deul Severeanu a fost adus la cunoștința lumei medicale străine de către autor însuși, la congresul dela Moscova din anul 1897.

In lucrarea de față, după ce voiu expune generalitățile cu privire la buza de iepure simplă congenitală, voiu trece în revistă procedeele care au mai fost și sunt aplicate cu mai mult sau mai puțin succes, pentruca apoi să descriu pe larg procedeul operator al D-lui Prof. Dr. C. Severeanu, insistând asupra avantajelor ce prezintă față de celelalte procedee.

Inainte de a încheia aceste rânduri introductive, socot de datoria mea să aduc cele mai respectuoase mulțumiri D-sale D-lui Dr. Ioan Jianu, chirurg primar al spitalului Colentina, care cu buna-voința-i cunoscută mi-a inspirat subiectul tezei, dându-mi în acelaș timp directive și punându-mi la dispoziție materialul necesar confecționărei clișeelor.

Frecventând serviciul D-lui Dr. I. Jianu, am admirat în persoana D-sale atât pe maestrul desăvârșit al artei chirurgicale cât și pe omul, care cu o dragoste adevărat părintească precum și cu o conștiinciozitate scrupuloasă, e mereu neobosit în slujba binelui obștesc.

Scanned with OKEN Scanner

ISTORIC.

Până în epoca renașterei nu se găseau în tratatele de chirurgie noțiuni asupra acestei chestiuni, istoriografii cred că ea ar fi fost cu totul necunoscută autorilor din vechime. Se bănuiește că Gallien s'ar fi ocupat numai de buza de iepure accidentală, deasemenea Celsius în tratatul său de medicină vorbește în general de plăgile buzei. Paul d'Egine se mărginește numai la o simplă semnalare a chestiunei sub denumirea de „labia dis rupta". Albucasis pare să fi avut noțiuni mai clare asupra acestui subiect.

Abia în epoca renașterei se găsesc în tratate de chirurgie pentru prima oară noțiuni mai precise asupra buzei de iepure. Prima descriere mai complectă asupra buzei de iepure congenitale o datorăm lui A. Paré, care a botezat această diformitate cu denumirea de „labium leporinum" și a mai propus tratamentul prin sutura în formă de „8». Franco e alt autor care, ocupându-se de această chestiune a propus numirea de „lévre fendue de nativité", legând în acelaș timp numele său de un procedeu operator pentru una din formele complicate a buzei de iepure.

Marele merit de a fi adus lumină aproape complectă

în această chestiune revine lui Hérissant, Sandifort, Nicati şi Coste, primi doi în secolul trecut, ultimi doi la începutul acestuia, cari prin cercetările lor embriologice precise, au rezolvat multe părţi până atunci neexplicate în istoria buzei de iepure congenitale.

DEFINIŢIE.

Buza de iepure simplă congenitală este un viciu de conformaţie, constând într'o soluţie de continuitate verticală a buzei, pe o întindere mai mare sau mai mică şi a cărui cauză eficientă nu este nici astăzi cu certutidine cunoscută. Ea se găseşte mai dese ori la stânga decât la dreapta şi este de două ori atât de frecventă la bărbat decât la femeie.

După Foerster e cea mai frecventă dintre toate malformaţiunile congenitale, ajungând până la 12, 8% din acestea, iar după Froebelius, frecvenţa ei ar fi de unul la 24000 de noi născuţi. După o statistică a lui Taruffi buza de iepure s'ar găsi la 12 copii din 100000.

EMBRIOLOGIE.

La embrion când craniul este format, se vede eşind din părţile laterale subcraniene mici burjoni în formă de arcuri, numite arcuri branchiale. Sunt cinci perechi de arcuri branchiale despărţite între ele prin patru fante branchiale.

Primul arc branchial, luând parte la constituirea feţei, este numit şi arc facial sau burjon maxilar inferior. El se

sudează cam pela a 23-a zi cu cel din partea opusă, dând naştere maxilarului inferior, şi cartilajului lui Meckel. Pe linia mediană arcul branchial facial formează şi buza inferioară, precum şi limba prin două jumătăţi laterale ce se sudează pe linia mediană.

Arcul facial dă naştere de fiecare parte şi câte unui burjon maxilar superior, ambii pornind deasupra burjonilor maxilari inferiori în sus şi înăuntru, fiind separaţi prin un vid, ce va fi ocupat mai târziu de către prelungirile burjonului frontal, care fiind un apendice al veziculei cerebrale anterioare, vine de la baza craniului şi descinde pe linia mediană.

Burjonul frontal trimîte în jos către vidul rămas între burjoni maxilari superiori, patru prelungiri, din care două laterale numite burjoni nazali externi şi două mediane numite şi burjoni nazali interni.

Aceste două din urmă la un loc constituesc aşa numitul tubercul incisiv fiecare burjon nazal intern purtând şi câte incisiv median. Albrecht şi Koeliker susţin că toţi burjoni nazali descind până la nivelul burjonilor superiori, cu cari printr'un proces de sudare de la a 35—40-a zi osul maxilar superior şi p constituesc buza superioară. Goethe din-po pentru constituirea maxilarului superior şi contribuesc numai burjoni nazali intern superiori, burjoni nazali externi rămâ unde ar forma aripa nasului. Ma părerea lui Albrecht şi Koeliker.

Scanned with OKEN Scanner

PATHOGENIE.

Noțiunile embriologice precedente ne permit să ne dăm seama de mecanismul producerei buzei de iepure, precum și de numeroasele varietăți ce ea poate prezenta.

Pathogenia buzei de iepure este o oprire în desvoltare. Grație lucrărilor din embriologie ale lui Nicati și Coste știm astăzi că, atunci când din o cauză oarecare sudura între diferiți burjoni ce dau naștere maxilarelor și buzelor e împiedicată, vom avea drept consecință o buză de epure, a cărei varietate depinde de vârsta embrionului la care a intervenit oprirea desvoltărei și lipirei burjonilor între ei, precum și de burjoni între cari lipirea nu s'a efectuat.

Complexitatea și întârzierea desvoltărei buzei superioare față de cea inferioară ne explică de ce viciul de desvoltare va fi mai des la buza superioară decât la cea inferioară. Deasemenea, știind că partea stângă a corpului e dotată cu o energie de desvoltare ceva mai slabă decât partea dreaptă, ne putem explica dece viciul se găsește mai des la stânga decât la dreapta.

Conform concepției lui Albrecht și Koeliker, care este și a majorității celorlalți autori, buza superioară în stare embrionară ar fi constituită din șase părți, anume: doi burjoni nazali interni, doi burjoni nazali externi și doi burjoni maxilari superiori. Deci, o nelipire între ori care doi burjoni din acești șase, va avea drept consecință o varietate de buză de iepure. Varietățile buzei de iepure le deosebim după sediu, număr și întinderea despicăturei. Așa vom avea:

a) Buza de iepure mediană superioară, o despicătură între cei doi burjoni nazali interni.

b) Buza de iepure ordinară, o despicătură între burjonul nazal intern şi burjonul nazal extern.

c) Coloboma, o despicătură între burjonul nazal extern şi burjonul maxilar superior.

d) Macrostomia, o despicătură între burjonul maxilar superior şi burjonul maxilar inferior.

Buza de iepure e simplă, atunci când despicătura interesează numai părţile moi. Când despicătura se întinde şi asupra boltei palatine şi arcadei gingivale, buza de iepure e numită complicată.

Buza de iepure simplă se subdivide în :

a) buza de iepure simplă încomplectă, când despicătura interesează numai o parte din înălţimea buzei, uneori fiind redusă la o simplă crestătură a marginei libere şi

b) buza de iepure simplă complectă, când despicătura ocupă toată înălţimea buzei ajungând chiar până la narină.

Ambele varietăţi pot fi unilaterale stângi sau drepte, bilaterale şi rare ori mediane.

ANATOMIE PATHOLOGICĂ.

A) *Buza de iepure simplă unilaterală*, situată de obiceiu la stânga buzei superioare, este o diviziune de-desubtul narinei, imediat în afară de şanţul sub nazal, divizând buza în două părţi inegale, unite la partea superioară şi imitând un „V“ inversat când diviziunea nu este complectă, iar când diviziunea e complectă, ea ajungând până la narină. Marginea internă a buzei e verticală, cea externă e oblică în afară şi pare mai lungă din cauza tracţiunei muşchiului orbicularis oris. Marginile sunt de-obiceiu drepte şi regulate, netede, de culoare roză, formând prin unirea lor un unghiu variabil de ascuţit, situat la o

înălțime diferită când despicătura e incomplectă La partea inferioară se continuă pe nesimțite cu marginea liberă. Când buza de iepure e incomplectă, marginele despicăture nu mai formează un „V“ inversat, despicătura pătrunzând până în narină. Buza poate fi interesată în toată grosimea ei sau numai în parte, având uneori aspectul de o despicătură spontan vindecată în timpul vieței intrauterine. Distanța între ambele jumătăți ale buzei se datorește după Louis acțiunei mușchiului orbicularis oris, iar nici de cum unei pierderi de substanță.

Dese ori mucoasa buzei interesate aderă de gingie, îngreunând prin aceasta intervenția. Aderenței între mucoasa buzei și gingie se datorește în oarecare măsură și atrofia lambourilor, această aderență împiedicând nutriția normală a țesuturilor. La nivelul despicăturei se mai observă dese ori și anomalii dentare, anume: dinți în plus sau în minus decât normal, inplantație vicioasă, luxație, etc.

B) *Buza de iepure simplă bilaterală*, e caracterizată prin două despicături situate una la stânga, iar cealalta la dreapta șanțului subnazal, buza fiind astfel devizată în trei părți inegale: una mediană și două laterale. Despicăturile pot prezenta toate caracterele descrise la varietatea buzei de iepure unilaterale. Partea mijlocie e numită lobul median și corespunde cloazonului nazal. Deobiceiu lobul median e neregulat, atrofiat, scurt, de formă variabilă, punctul de implantație și direcția variând deasemenea. Formele bilaterale sunt deobiceiu însoțite de mal-formațiuni ale gingiei și boltei palatine, prelungindu-se uneori până și la luetă.

C) *Buza de iepure simplă mediană*, e la om așa de rară, încât mulți autori între cari și Chaussier, Dupuytren și Cruveilhier o consideră ca neexistentă. Totuși, Nicati, Blaudin, Buisson, Ammon, Leuçkart și Bitot au

raportat despre buză de iepure mediană superioară. In asemenea cazuri s'ar fi putut confunda o buză de iepure simplă bilaterală cu un lob median atât de atrofiat încât părea cu totul inexistent, cu o buză de iepure simplă mediană. D-nul Prof. Romniceanu totuşi a observat trei cazuri de buză de iepure simplă mediană, niciuna din ele însă nefiind insoțită de diviziunea oaselor.

D) *Buza de iepure simplă mediană la buza inferioară* a fost semnalată de câțiva autori ca o raritate, putându-ne explica raritatea ei prin precocitatea şi integritatea ordinară a desvoltărei arcului bucal.

ETIOLOGIE.

Transmiterea hereditară prin ascendență atât paternă cât şi maternă, ar demonstra că în producerea acestui viciu de conformație, există o predispoziție a celulelor embrionare spre o desvoltare vicioasă, adică, o desvoltare ce se depărtează de la planul normal al embriogenezei şi care va fi cu atât mai monstruoasă, cu cât celulele embrionare vor fi mai tinere în momentul intervenției cauzei eficiente. Sau putut observa cazuri de buză de iepure în acelaş timp la mai mulți copii ale unei familii şi la părintele lor. In alte cazuri acest viciu a fost observat la bunici şi nepoți. Kirmisson atribue hereditățeiun rol indirect, dând mai mare importanță sifilisului hereditar, pe care l'a dovedit în 8 din 23 de cazuri. Deci, o legătură între actiunea distrofică a sifilisului hereditar şi hereditatea în genere în producerea buzei de iepure, pare să existe. Houston şi Fritzsche au documentat rolul hereditățeiprin cifre procentuale asupra unui mare număr de cazuri. Biondi crede că inflamațiuni foetale a marginelor burjonilor pro-

Scanned with OKEN Scanner

voacă o atrofie primară a acestor margini, lipirea lor nemai putându-se face.

Se consideră drept cauze de ordin mecanic: Anomalii amniotice ca bride şi coalescenţe amniotice, cari prin tracţiuni exercitate asupra burjonilor le deviază din direcţia desvoltărei normale, sau înterpunându-se între marginele burjonilor, ar împiedica coalescenţa lor. Acelaş rol se atribue şi tumorilor din regiunea bucală, cari prin prezenţa lor însuşi ar avea acelaş efect. Coexistenţa despicăturilor faciale cu cele craniene şi cu encefalocele a dat ocazie autorilor, de a se gândi şi la presiuni abnorme ce ar exista în interiorul craniului.

Au mai fost acuzate traumatismele violente asupra abdomenului precum şi o stare de impresionabilitate mărită a femeiei însărcinate.

Serres acuză drept cauză şi o insuficienţă a sistemului arterial, alţi autori incriminând şi cauze nervoase.

Una din ultimele hipoteze este a lui Schades, care vorbeşte de anumite modificări disionice a coloidului celular.

Capitolul etiologiei rămâne larg deschis cercetărilor experimentale şi în viitor, nici una din hipotezele mai sus enumerate ne fiind până în prezent ştiinţificeşte probată.

CONSECINŢELE BUZEI DE IEPURE.

Cei mai mulţi autori sunt de acord că subtul nu este împiedicat în buza de iepure simplă unilaterală, aşa că această varietate nu poata avea consecinţe pentru copil. In schimb se admite că subtul e îngreuat în buza de iepure bilaterală, fiind chiar foarte dificilă în formele bila-

Scanned with OKEN Scanner

terale care de obiceiu sunt complicate cu despicături ale părților osoase. In cazurile bilaterale complicate suferă și deglutiția, alimentația putând deveni insuficientă pentru nou născut.

In cazuri de buză de iepure bilaterală, mai ales când acestea sunt și complicate, în urma trecerei unei mai mari cantități de aer și la o temperatură mai rece decât normal, copilul este expus maladiilor aparatului respirator.

Fonația e atinsă mai puțin în buza de iepure simplă unilaterală, mai mult în cea bilaterală. In buza de iepure simplă observăm o jenă în pronunțarea labialelor : b, p, v, f, m, etc.

In buza de iepure bilaterală când atât subtul cât și deglutiția sunt îngreuate, starea generală a copilului se poate resimți, el putând ajunge la subnutriție.

Estetica e în toate cazurile profund turburată și pentru acest singur motiv părinți cer chirurgului înlăturarea viciului de pe fața copilului.

Diagnosticul nu prezintă nici o dificultate. El rezultă din un examen minuțios al bolnavului și din cunoașterea exactă a pathogeniei afecțiunei, care permite de a ne da cont de detaliile fiecărui caz în parte.

Pronosticul e favorabil în cazurile de buză de iepure simplă, această malformațiune fiind fără urmări pentru purtător. El devine totuși mai serios în cazurile de buză de iepure simplă bilaterală, în care copilul nu poate suge destul de bine și mai ales când e expus afecțiunilor broncho-pulmonare, care știm cât de grave sunt pentru sugari.

Scanned with OKEN Scanner

TRATAMENT.

Au existat discuțiuni între diferiți autori în privința vârstei celei mai favorabile pentru operarea viciului, unii autori fiind partizanii intervenției precoce, alții fiind pentru o intervenție tardivă.

Criteriile după care s'au condus în general chirurgi au fost starea generală a copilului și gravitatea intervenței, ultima depinzând de varietatea cazului.

Astăzi, în regulă generală, restaurarea fisurei labiale se execută la vârsta de 4-5 luni, în afară de cazuri când din cauza stărei generale nefavorabile a micului pacient, traumatismul operator va fi amânat pentru un viitor mai mult sau mai puțin apropiat.

Deși în ordinea chronologică procedeul C. Severeanu ar trebui să figureze între primele, totuși, il voi descrie în mod detailat la urmă, după ce voi enumera pe scurt toate celelalte procedee.

Următoarele procedee operatorii sunt aplicate in buza de iepure simplă congenitală:

Procedeul obișnuit: avivarea marginelor. In caz de aderențe între buză și gingie se face în prealabil debridarea și mobilizarea lambourilor, apoi se pun în contact părțile avivate. Inconvenientul procedeului e, că se mai pierde substanță și că rămâne un jghiab la marginea liberă.

Procedeul Clémont-Malgaigne: se fac două inciziuni în unghiul care circumscrie șanțul de malformațiune, inciziile interesând toată grosimea buzelor, imediat deasupra liniei cutaneo-mucoase. Rezultă două lambouri, cari răsturnate de sus în jos, sunt unite prin fețele lor sângerânde. Inconvenientul e, că lasă o depresiune în centrul cicatricei și la marginea liberă o proeminență. Rezultatul estetic depinde de egalitatea lambourilor.

Scanned with OKEN Scanner

Procedeul Mirault d'Angers: este o combinație a procedeului ordinar de avivare cu procedeul cu lambou Clémont-Malgaigne și anume: se face pentru buza ce posedă mai multă substanță avivarea cu foarfecele iar la buza cealaltă se crează un lambou triunghiular, cu baza la marginea liberă a buzei. Lamboul răsturnându-se în jos se fixează cu vârful în unghiul comisurei avivate. Defectul acestui procedeu e discontinuitatea liniei cutaneo-mucoase.

Meleux, modifică procedeul lui Mirault d'Angers secționând vârful ascuțit al lamboului, schimbând în acelaș timp și felul de avivare pentru buza opusă, fără însă a obține o coaptare perfectă.

Procedeul Nelaton: aplicabil numai la buza de iepure simplă incomplectă. Se face o incizie paralelă cu marginea liberă a despicăturei, obținându-se astfel un lambou, care tras în jos se suturează prin marginele sângerânde ca în procedeul Clémont-Malgaigne.

Procedeul Henry de Nantes, modifică procedeul Clémont-Malgaigne prin inciziunile care crează lambouri tăiate în piezișș, oblic, unul anterior și al doilea posterior, cari fețe apoi suprapuse corespund mai mult sau mai puțin.

Procedeul Giraldès, o combinație a procedeului Clémont-Malgaigne și Mirault, diferențiându-se întrucât-va prin felul tăerei lambourilor.

Procedeul Prof. Romniceanu: (Compte-Rendu 1874-88) avivează cu foarfecele una din buze pe toată întinderea, iar pe cealaltă numai în cele două treimi superioare, treimea inferioară rămânând neavivată. Din această treime neavivată, prin o incizie transversală și paralelă cu marginea liberă a buzei, crează un lambou pe care

Scanned with OKEN Scanner

îl fixează la partea opusă. Sutura o face separat pentru mucoasă şi piele.

Procedeul Jalaguier: face secţiunile pentru lambou drepte şi aşa tăiate că, alăturând lamboul de suprafaţa avivată se potrivesc ca două piese dăltuite. Se obţine o coaptare bună, mucoasă la mucoasă şl piele la piele.

Procedeul Ombrédanne, este de fapt un Jalaguier căruia Ombrédanne i-a adăugat exereza unei porţiuni din pragul narinei, obţinând în aşa fel o coaptare bună, totodată corijând şi narina. Exereza narinară Ombrédanne o face chiar în cazurile în cari buza de iepure nu se ridică până la narină. Suturile sunt două, una mucoasă alta musculo cutanată. Procedeul e de un estetism bun. Ombrédanne aplică acest procedeu în cazurile de buză de iepure simplă unilaterală, când despicătura nu se ridică până la narină. Pentru cazurile cari ajung până la narlnă Ombrédanne şi-a modificat procedeul, înlocuind exereza narinară prin o incizie în jurul narinei, obţinând în acest mod un lambou simetric şi invers lamboului de la bază. Acest procedeu e numit „à verrou", în zăvor.

Berger a indicat următorul procedeu pentru refacerea narinei: Prin o incizie ce înconjoară aripa nasului se detaşează complect aripa de obraz şi de buza corespunzătoare. Aripa nasului astfel liberată este unită prin vârful ei cu subcloazonul nazal prealabil avivat. Narina devine în acest mod circulară, constituind un adevărat canal.

Tratamentul buzei de iepure simple bilaterale. Această formă fiind de cele mai multe ori acompaniată de o proeminenţă a osului incisif se va face în prealabil racordajul gingival. Procedeele aplicate în cazurile bilaterale sunt cele aplicabile în cazurile unilaterale, cu anumite modificări ce variază după starea buzelor şi a lobului

median, care poate fi destul de voluminos, atrofiat, uneori putând lipsi cu totul. Procedeele întrebuințate sunt: Clemont-Malgaigne, Ombrédanne, Sedillot și König.

PROCEDEUL

D-LUI PROF. DR. C. SEVEREANU.

După ce am trecut în revistă principalele procedee întrebuințate până astăzi, voi reda cu detalii technica procedeului D-lui Prof. Dr. C. Severeanu, reproducând în acest scop articolul D-lui Prof. Dr. E. Juvara din revista de chirurgie din 1899, întitulat: „Vindecarea buzei de iepure prin procedeul de dedublare al Profesorului Severeanu".

In afară de inconvenientele ce le am văzut la procedeele mai sus enumărate, motivul cel mai important care a făcut ca D-nul Prof. Severeanu să aducă modificarea D-sale pentru operația buzei de iepure, a fost pierderea prea mare de materie ce se producea prin tăierea lambour:lor, pierdere care în unele cazuri e așa de mare încât menținerea în contact a marginelor celor două plăgi e imposibilă fără inciziuni suplimentare de debridare și cari produc cicatrici neplăcute.

Punctele fundamentale ale acestui procedeu sunt:

a) de a nu produce nici o pierdere de substanță.

b) de a evita crestătura (encoche) care, după cum am văzut, se produce la marginea liberă a buzei, după cele mai multe din procedeele enumărate.

c) întrebuințarea unei suturi speciale intradermice.

Se face toaleta buzelor spălându-le cu apă caldă și săpun, la nevoie sunt rase cu briciul. Gura e clătită cu o

soluție caldă de acid boric sau cu o soluție slabă de hipermanganat de potasiu. Se întrebuințează fie anestezia generală singură, fie în combinație cu cea locală.

Se face emostaza preventivă aplicând pe fiecare parte a comisurei câte un clamp cu brațele elastice, ca pensele intestinale lui Chaput.

Dacă se face anestezia locală, se face în prealabil emostaza preventivă iar apoi se practică injecțiunile. Procedându-se astfel anestezicul nu e rezorbit prea repede de curentul sanghin, ci stagnează, menținând anestezia timp mai îndelungat și perfect.

Pentru o mai bună înțelegere vom expune technica operatorie luând ca exemplu un caz de buză de iepure simplă unilaterală.

TIMPUL I.

Inciziunea și dedublarea țesuturilor.

Buza fiind fixată între policele și indicatorul mânei stângi se practică pe fiecare din marginele fisurei labiale o incizie, care urmează exact linia de unire a pielei cu mucoasa. Aceste inciziuni încep la vârful crăpăturei unde se reunesc și se isprăvesc de fiecare parte pe marginea liberă a fiecărei jumătăți a buzei la patru până la cinci milimetri mai încolo de unghiul rotunjit, la nivelul căruia mărginea buzei se continuă cu marginea crăpăturei.

Cu puțină îndemânare, înfigând vârful cuțitului la o adâncime de 5-7 milimetri, se dedublează deodată și pe toată lungimea inciziunei fiecare parte a buzei în câte două lambouri: un lambou posterior sau mucos și altul anterior mai gros, musculo-cutanat. Acei cari nu sunt tocmai

Scanned with OKEN Scanner

obicinuiți cu chirurgia rapidă, pot să procedeze mai încet dedublând prin disecare cu pensa și bisturiul. In momentul unirei plăgii, prin forța lucrurilor, va rămâne pe marginea buzei nou create o scobitură mai mult sau mai puțin profundă, după cazuri. Această scobitură e foarte neplăcută și a o înlătura a fost ținta tuturor chirurgilor cari au legat numele lor de cura buzei de iepure. Pentru ca această scobitură neestică să nu se producă, D-l Prof. Severeanu procedează în două feluri deosebite, după cazuri, după cum pierderea de substanță e mai mult sau mai puțin mare sau după grosimea buzelor, căci unele buze sunt mai cărnoase iar altele mai subțiri ca și cum ar fi atrofiate. In unele cazuri de buză de iepure strâmtă se dublează mai

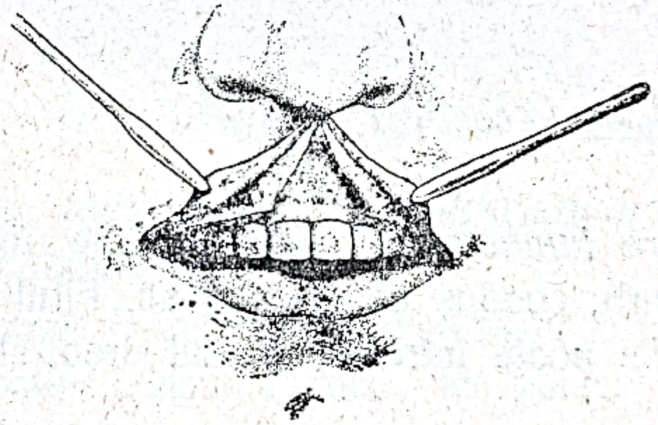


Fig. 1. Timpul I-iu: dedublarea țesuturilor.

adânc partea mijlocie a fiecărei inciziuni, vârful bisturiului urmând în grosimea țesuturilor cele două laturi ale unui unghiu deschis spre crăpătura buzei. In timpul afrontărei, din cauza felului chiar a dedublărei țesuturile sunt respinse în jos spre margineă buzei, umplând scobitura care ar fi fost egal făcută pretutindeni. In cazurile în cari pierderea de substanță e prea mare, D-nul Prof. Severeanu practică o adevărată plastie pentru a umple scobitura: pentru una din marginele crăpăturei labiale dedublarea e practicată așa cum am descris'o mai sus. Pentru cealaltă parte

extremitatea se bifurcă în formă de Y. Ramura anterioară a lui Y. urmează linia de unire a pielei cu mucoasa, ramura posterioară e trasă în mucoasă îndreptându-se în sus. Rezultă cum e ușor de înțeles un mic lambou triunghiular, cu baza externă, căptușit de mucoasă, care în timpul unirei va fi introdus și suturat între cele două buze ale extremității incizii din partea opusă.

A da dimensiuni exacte asupra volumului acestui lambou e foarte greu, dacă nu chiar imposibil, faptul acesta fiind lăsat la bunul simț și experiența operatorului, dar în termeni generali e mai bine al tăia mai mare decât prea mic.

TIMPUL II.

Sutura lambourilor.

a) *Sutura lambourilor mucoase.* Se întrebuințează un ac mic curb, condus de un port-ac. Firul e o coardă de No. 00. Se poate întrebuința acul drept al cusătorese-

Fig. 2. Timpul al II-lea: sutura mucoasei.

lor, condus cu mâna. Ajutorul răstoarnă buzele ca să se arate prin fața lor mucoasă și le apropie una de alta.

Scanned with OKEN Scanner

Se face atunci de sus în jos o cusătură pe muchie, înțepând fiecare lambou mucos cam la 2-3 mm. de la margine. Se trece acul dintr'o parte prin ambele lambouri. Ajuns pe marginea buzei se oprește firul prinzându-l cu o pensă emostatică.

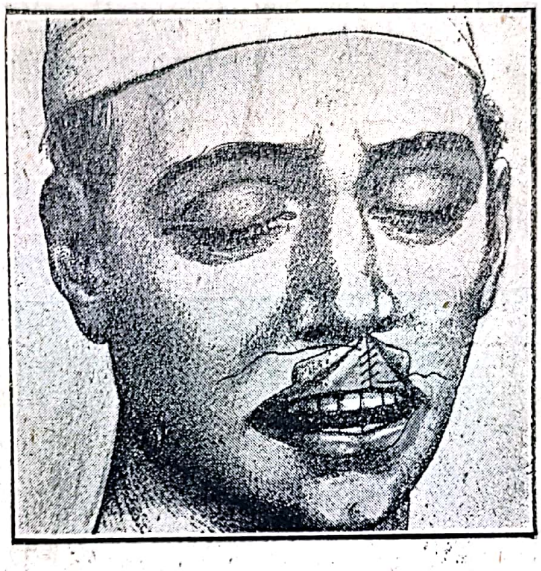


Fig. 3. Timpul al II-lea: strângerea firului.

b) *Sutura lambourilor musculo-cutanate. Sutura intra dermică în zig-zag.*

Felul în care D-nul Prof. Severeanu coase lambourile musculo-cutanate, constitue încă un punct original al acestui procedeu, căci întrebuințează o sutură intra-dermică, pe care a numit'o în zig-zag, după drumul pe care îl urmează firul. Un ac chirurgical mic și curb e încărcat cu un fir de coardă No. 0 sau No. 1 al cărui capăt a fost înodat. Puțin mai sus de extremitatea superioară a plăgii, îndreptând acul puțin oblic în jos și în afară, îl înfigem la 4—5 mm. de la marginea plăgii și'l scoatem tocmai în fundul jghiabului de dedublare. Pentru buza opusă acul urmează un drum opus, adică înfipt în jghiabul de dedublare va străbate pielea la 4—5 mm. de la margine. Se întinde firul care e reținut de nodul care îl ter-

mină. Se continuă sutura înfigând din nou acul exact pe acelaş orificiu pe care abia a eşit şi îndreptându-l oblic în jos, aşa încât drumul ce va urma astă dată să facă cu cel deja urmat un unghiu al cărui vârf se găseşte la orificiul pe care acul a eşit pentru a intra imediat din nou. Introdus prin acest orificiu acul e dirijat pentru ca să străbată jghiabul de dedublare din această parte, să pătrundă în acelaş jghiab din partea opusă, pentru ca în fine să iasă afară la 5—6 mm. de desubtul nodului de oprire. Se reîncepe acelaş lucru şi acul va eşi de cealaltă

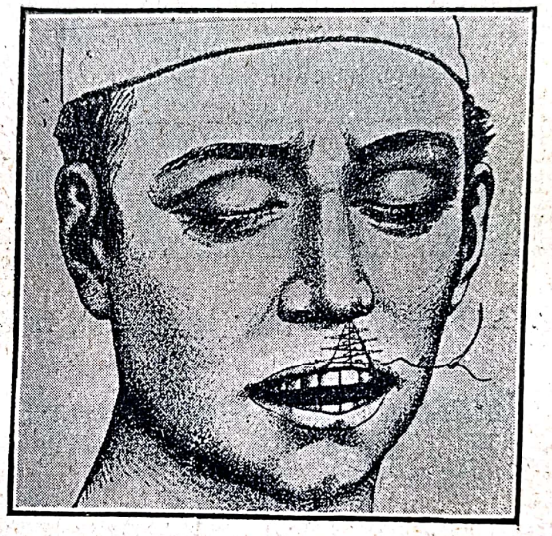


Fig. 4. Timpul al II-lea : Sutura intra-dermică în zig-zag.

parte la 5—6 mm. dedesubtul orificiului precedent. Se continuă în acelaş fel până când se ajunge la marginea buzei.

In general 5—6 puncte sunt de ajuns. Cu puţină obicinuinţă şi îndemânăre acul e trecut dintr'o dată, dintr'o parte într'alta. Daca sutura e bine făcută unirea între cele două lambouri musculo-cutanate e perfectă, linia de unire puţin vizibilă, e reprezentată printr'o linie ondulată, având de fiecare parte orificiile de intrare şi de eşire ale acului, aşezate pe două linii paralele şi alternând unul cu

altul. După cel din urmă punct se opreşte firul făcându-i un nod, sau făcând încă un punct pe deasupra plăgii şi se înoadă atunci firul cum se înoadă o cusătură pe muchie.

Se întâmplă câte o dată, când buzele sunt prea groase, că acest rând de cusătură să nu fie suficient pentru a afronta bine. In aceste cazuri se mai poate pune un al doilea rând mai superficial, continuând de jos în sus cu acelaş fir.

Fig. 5. Timpul al II-ea Strângerea firului.

Isprăvind cu cusătura lambourilor musculo-cutanate se reia firul suturei mucoase şi se continuă sutura mucoasei pe marginea buzei. Dacă s'a procedat prin tăierea unui lambou triunghiular, cu acelaş fir se suturează marginile acestui lambou, în fine se opreşte firul înodându-l ca de obiceiu sau legându-l cu capul firului intradermic.

Se scot clampi emostatici, se spală bine cu sublimat călduţ sau cu acid boric. Plăga uscată cu tampoane sterilizate, e pudrată cu praf de iodoform sau alt antiseptic şi toată buza e învelită cu gaze iodoformate protejate cu o bucată de gutapercha. Pansamentul va fi schimbat cât

Scanned with OKEN Scanner

mai des, imediat ce se murdăreşte. Vindecarea per primam în 10—12 zile.

Rezultatul operatoriu este de un estetism excelent.

In rezumat, avantajiile ce ne oferă procedeul Prof. Severeanu față de toate celelalte procedee sunt următoarele:

a) Nu produce nici o pierdere de substanță.

b) Grosimea buzei e aceiaşi atât la nivelul suturei cât şi în restul intinderei ei.

c) Desunirea suturei e cu totul excepțională şi datorită cu totul atrofiei şi micimei lambourilor.

d) Ştirbitura pe marginea liberă a buzei nu se produce.

e) Sutura intra-dermică în zig-zag nu lasă nici o urmă şi face ca afrontarea să fie ideală.

Scanned with OKEN Scanner

Fotografiile ce reprezintă cazuri de buză de iepure înainte şi după intervenţie, înlocuiesc în modul cel mai nimerit obicinuitele foi de observaţiuni.

Voi reproduce aci fotografiile a trei cazuri din numărul mare operat după acest procedeu de către D-nul Dr. Ion Jianu, documentând prin aceste fotografii rezultatele excelente ce se obţin prin procedeul C. Severeanu.

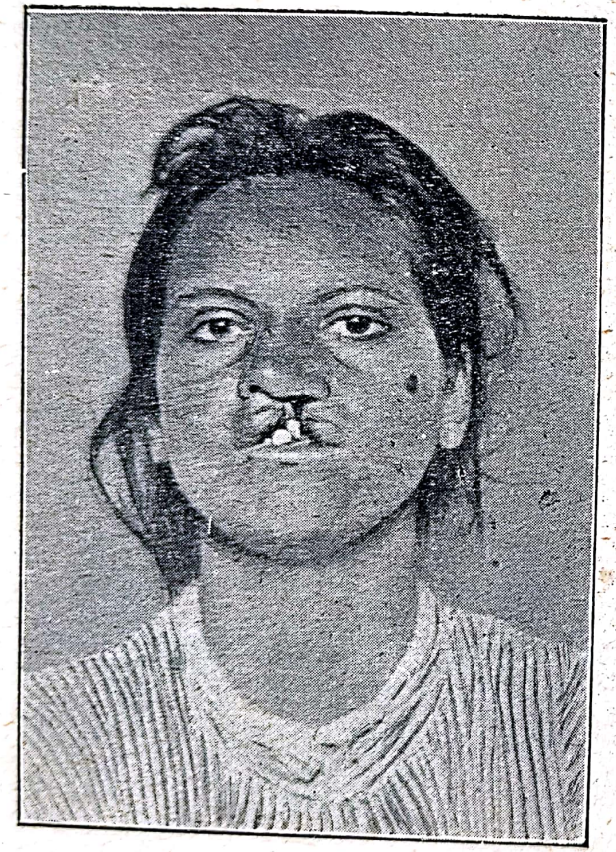
Scanned with OKEN Scanner

Buză de iepure simplă bilaterală operată de D-nul Dr. I. Jianu

Inainte de operație

După operație

Buză de iepure simplă unilaterală stângă operată de D-nul Dr. I. Jianu

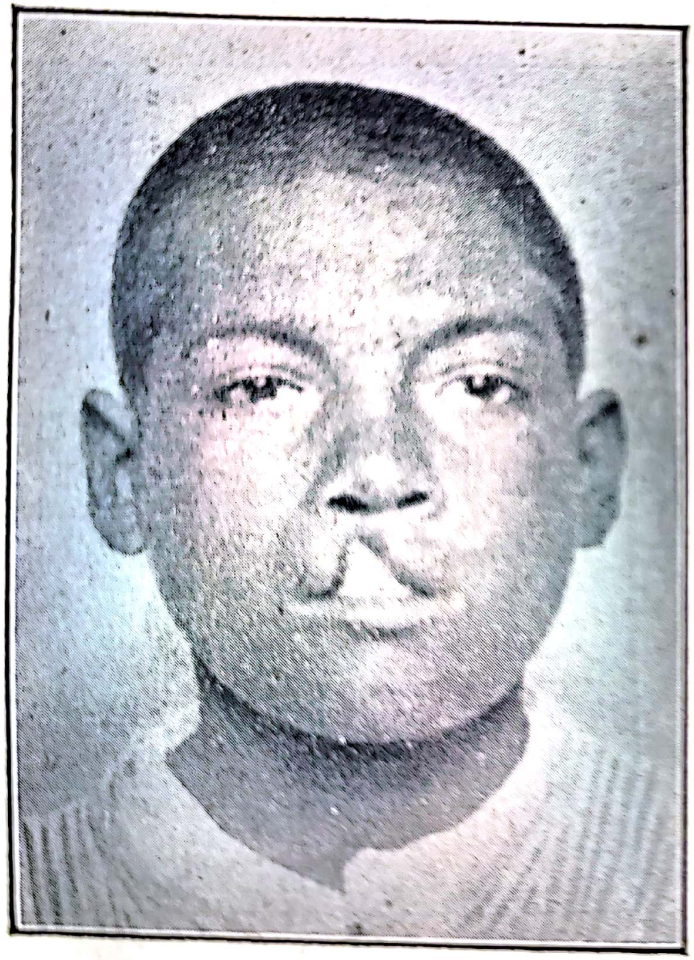


Inainte de operație

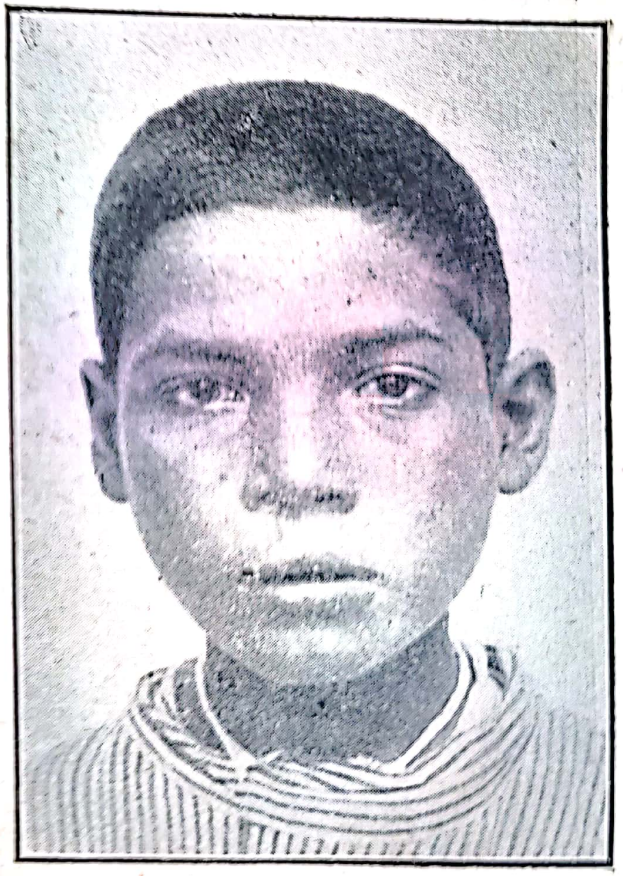
După operație

Scanned with OKEN Scanner

Buză de lepure simplă unilaterală dreaptă operată de D-l Dr. Ion Jianu



Inainte de operație



După operație

CONCLUZIUNI.

1. Procedeul operator al D-lui Prof. C. Severeanu pentru tratamentul buzei de iepure congenitale corectează fisurile congenitale cele mai largi ale buzei în condiţiuni estetice ireproşabile.

2. Acest procedeu consistă din *a)* dedublarea largă a ambelor versanturi ale buzei *b)* confecţionarea unui lambou cuneiform musculo-mucos pe unu din versanturi *c)* interpunearea acestui lambou în partea inferioară a unghiului diedru rezultat din dedublarea versantului opus.

3. Confecţionarea şi interpunerea lamboului musculo-mucos, deşi nu figurează în publicaţiunile D-lui Prof. C. Severeanu, totuşi Domnia-Sa a practicat'o efectiv ani îndelungaţi şi ne este transmisă şi vulgarisată de unul din elevi Domniei-Sale, D-l Dr. Ioan Jianu.

4. Interpunerea lamboului musculo-mucos pe lângă că evita scobitura ce ar rămâne după simpla avivare a ţesuturilor, dar reconstitue mai solid buza.

5. Sutura după procedeul C. Severeanu se face pe ambele planuri, începând cu planul profund, iar cel superficial se realizează printr'un fir trecut în zig-zag.

Văzută şi bună de imprimat

Preşedintele tezei :
(ss) **Prof. Dr. METIANU N.**

Decanul Facultăţii :
(ss) **Prof. Dr. THOMA IONESCU**

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUSIONS.

1. Le procédé operatoire du monsieur le professeur Dr. C. Severeano pour le traitement du bec-de-liévre congenitale corrige les fissures les plus larges de la lévre en conditions esthetiques irreprochables.

2. Ce procédé consist en:

a) dedoublement large des deux versantes de la lévre

b) confection d'un lambeau cuneiforme musculo-muqueux sur un des versants

d) interposition de ce lambeau dans la partie inferieure de l'angle diédre resulté par dedoublement du versant opposé.

3. La confection et l'interposition du lambeau musculo-muqueux, bien qu'il ne figure pas dans les publications de monsieur le professeur C. Severeano ont pourtant eté pratique effectivement longtemps et nous ont eté transmises et vulgarisées par un de ses éléves, monsieur le Dr. I. Jiano.

4, L'interposition du lambeau musculo-muqueux non seulement evite l'encoche qui resterait aprés une simple avivement, mais reconstitue encore plus solidement la lévre,

5. La suture aprés le procédé de monsieur le professeur C. Severeano se fait sur les deux plans, commençant par le plan profond et celui superficiel se realise par un fil passé en zigue-zague.

Vue et bonne à imprimer

Le président de la thèse:
(ss) **Prof. Dr. METIANO N.**

Le doyen de la Faculté:
(ss) **Prof. Dr. THOMA JONNESCO**

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

Babeş Victor, Curs de anatomie pathologică, Vol. I, Anatomie pathologică generală, cap. IX. Anomalii congenitale, cap. IX. B. Monstruozităţi.

Bardeleben Prof. Dr. Al. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre (1866).

Bergmann Prof. von Bruns, Handbuch der praktischen Chirurgie (1907).

Billroth Dr. Theodor, Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie (1863)

Branca, Précis d'Embryologie. Paris 1922.

Broca, Vices de développement de la face et du cou, (traité de chirurgie. Duplay et Reclus).

Dentu Prof. Le et Pierre Delbet, Traité de chirurgie clinique et operatoire (1896).

Dictionnaire de sciences médicales. Art. Bec de lièvre.

Dumitrescu N., Teză de doctorat Bucureşti 1907.

Forgue. Précis de pathologie externe. 1917. T. II.

Friedrich-Pels-Leusden. Chirurgische Operationslehre.

Heitzmann, Compendium der chirurgischen Pathologie und Therapie.

Hertwig O., Die Elemente der Entwicklungslehre 6 Auflage.

Juvara. Vindecarea buzei de iepure prin procedeul de dedublare al Prof. Severeanu. Revista de Chirurgie Th. Jonescu din 1899.

Kirmisson, Précis de chirurgie infantile, 1911.

Kirmisson, Manuel de Pathologie externe T. II. (Reclus, Kirmisson, Peyrot, Bouilly) 1893.

Scanned with OKEN Scanner

Koenig Franz, Lehrbuch der zpeziellen Chirurgie.
Ombredanne, Technique chirurgicale infantile, 1914.
Ombredanne, Précis clinique et operatoire de chirurgie infantile. Paris 1923.
Ombredanne, Presse Mèdicale 1921, No. 71.
Rauber-Kopsch, Lehrbuch der Anatomie.
Romniceanu Prof. Dr. Compte-rendu du service chirurgical de l'Hopital des enfants (1874—1884).
Severeanu C. Prof. Dr. Lecţiuni de clinică chirurgicală 1900.
Wuilstein Kuetlner, Lehrbuch der Chirurgie, Band I.

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 2434

TRATAMENTUL ERIZIPELULUI

CU

VACCIN ANTISTREPTOCOCIC INTRADERMIC

TEZA

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută la 23 Februarie 1926

DE

IOAN GH. MAXENȚIAN

INTERN AL SPITALELOR EFORIEI

BUCUREȘTI

ATELIERELE „ADEVERUL" S. A. STRADA SĂRINDAR. 9-11

1926

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREȘTI

Decan : **D-nul Prof. Dr. TOMA IONESCU**

PROFESORI TITULARI :

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	*Angelescu C.*
Chimia medicală	„ „	*Athanasescu N.*
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie	„ „	*Bălăcescu I.*
Anatomia patologică	„ „	*Babeș V.*
Bacteriologia și patologia experimentală	„ „	
Istologia normală și Istogeneza	„ „	*Besnea St.*
Medicina experimentală	„ „	*Cantacuzino I.*
Clinica ginecologică	„ „	*Daniel C.*
Clinica II-a medicală	„ „	*Danielopol D.*
Anatomia topografică II	„ „	*Gerota D.*
Clinica și teoria obstetricală	„ „	*Gheorghiu N.*
Anatomia topografică I	„ „	*Ionescu Th.*
Clinica I-a chirurgicală	„ „	
Clinica III-a medicală	„ „	*Ionescu D.*
Clinica III-a chirurgicală	„ „	*Juvara E.*
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	*Jianu A.*
Farmacologia și materia medicală	„ „	*Lalu S.*
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	*Meţianu N.*
Clinica boalelor nervoase	„ „	*Marinescu Gh.*
Clinica infantilă	„ „	*Manicatide M.*
Igiena și poliția sanitară	„ „	*Mezincescu D.*
Medicina legală	„ „	*Minovici M.*
Oftalmologia și clinica oftalmologică	„ „	*Manolescu D.*
Clinica I-a medicală	„ „	*Nanu Muscel I.*
Clinica dermatologică și sifiligrafică	„ „	*Nicolau St.*
Clinica mentală	„ „	*Obregia Al.*
Fisiologia umană	„ „	*Paulescu N.*
Patologia generală	„ „	*Proca Gh.*
Anatomia discriptivă și Embriologia	„ „	*Rainer Fr.*
Zoologia medicală	„ „	*Zotta G.*
Botanica medicală	„ „	*Solacolu T.*
Patologia medicală	„ „	*Thomescu I. Th*
Clinica terapeutică	„ „	*Theohari A.*

PROFESORI AGREGAȚI :

Medicina operatoare . . . . . D-l Dr. *Constantinescu C.*

PREȘEDINTELE TEZEI :

Domnul Profesor Dr. LALU S.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici aprobare nici desaprobare.

Scanned with OKEN Scanner

Părinților mei

închin această modestă lucrare
în semn de nețărmurită dragoste
și recunoștință.

Scanned with OKEN Scanner

PREFAȚĂ

Importanța pe care o are imunitatea locală a pielei, față de imunitatea generală, precum și rezultatele favorabile de vaccinoterapie locală, observate în ultimul timp în știința medicală, erizipelul din punct de vedere anatomopatologic fiind o maladie a dermului, m'au făcut ca în lucrarea mea inaugurală de doctorat, să tratez despre vaccinoterapia intradermică în erizipel.

Rog pe domnul profesor dr. S. Lalu, să binevoiască a primi adânca mea recunoștință pentru deosebita cinste ce-mi face, primind să prezideze lucrarea mea de doctorat.

Domnului conferențiar dr. Th. Mironescu, care m'a călăuzit, cu vasta experiență pe care o are și cu toată bunăvoința, la facerea acestei lucrări, îi aduc viile mele mulțumiri.

Juriului de promoție îi aduc mulțumirile mele foarte respectoase.

Domnului profesor dr. D. Ionescu, în al cărui serviciu funcționez ca intern, precum și foștilor mei șefi de serviciu, domnilor profesori d-ri C. Angelescu, St. Nicolau, A. Jianu, D. Manolescu, domnilor d-ri E. Tulbure, I. Urlățeanu, M. Anghelovoci, G. Cosma, C. Leonte, le aduc omagii respectoase și recunoștință pentru noțiunile căpătate dela domniile lor.

Colegilor și prietenilor, trainică prietenie.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

In ultimul timp s'au format idei noui asupra imunităţei, şi anume în privinţa imunităţii locale.

Aruncând o privire repede asupra maladiilor infecţioase, vedem că fiecare din ele are în organism un loc de elecţiune, unde se localizează mai întâiu. Unele au afinitate pentru intestin, altele pentru aparatul cutanat, altele pentru cel nervos. Se spune că au un tropism special pentru cutare sau cutare organ. Acest organ, care este sediul câte odată unic al maladiei, este de obiceiu de asemenea locul de elaborare al imunităţei.

Besredka are meritul de a fi arătat importanţa imunităţei locale.

Pentru a arăta rolul jucat de imunitatea locală în imunitatea generală, voiu considera câteva maladii infecţioase ce interesează pielea, la care rolul de infecţiune locală se impune şi rolul de imunitate al pielei este uşor de demonstrat.

Cărbunele este maladia cu care s'a încercat, de către Besredka, primele experienţe în această direcţiune. Cobaiul, animalul pe care s'au făcut experienţele, trecea înainte drept un animal foarte receptiv faţă de bacteria carbonoasă, încât nu a putut să fie vaccinat, deoarece orice cantitate de microbi, cât de mică i-am fi introdus în organism, animalul murea. Era considerat ca un animal rău pentru experienţe. Insă s'a văzut că dacă introducem cantităţi considerabile de bacterii vii ai cărbunelui în circulaţie sau în peritoneu, fără a atinge câtuşi de puţin pielea, nu se produce nici o maladie, bacteriile sunt fagocitate numaidecât. Dacă în imaginaţia noastră am jupui animalul de piele lăsându-i viaţa, şi îi injectăm virusul carbonos, indiferent în ce parte a corpului, animalul va opune virusului o indiferenţă perfectă. Inainte animalul murea pentrucă nu se ţinea seama de singurul organ receptiv, care este pielea. In timp ce se făcea injecţia, o picătură de

virus atingea pielea şi dădea infecţia. Deci aparatul cutanat este singurul organ receptiv.

Acelaş autor a arătat că pielea este singurul organ imunizant. A ras cobaiul, pe care l-a frecat cu virusul carbonos întâiu atenuat, pe urmă din ce în ce mai virulent. A căpătat o imunitate perfectă. Din contră, injecţiuni bine făcute numai în peritoneu, nu dă nici o maladie. După aceia a demonstrat că numai pielea a reacţionat în încercările de imunizare progresivă, pe care le-a făcut, restul organismului, humorile n'au reacţionat, sângele nu conţine anticorpi, nici proprietăţi preventive. Serul cobaiului imunizat este incapabil de a proteja un cobai nou contra unei doze mortale de bacterii carbonoase. A ajuns la concluzia următoare: cărbunele fiind o maladie locală a pielei, imunitatea este de asemenea locală, reacţiunea generală nu intervine.

Vaccinul Iennerian e de asemenea un exemplu de imunitate locală care conferă imunitatea generală. Organul receptiv şi cel care produce imunitatea este pielea. Se poate vedea net disociaţia dintre imunitate şi apariţia anticorpilor în organism. In timp ce puterea preventivă a humorilor (anticorpi), dispare, imunitatea se perfecţionează.

S'a produs imunitate locală şi la nivelul intestinului. Disenteria, febra tifoidă, paratifosul şi holera, sunt considerate ca maladii ale intestinului. Besredka a ajuns, după experienţe pe *iepuri,* în ceeace priveşte aceste maladii, a considera intestinul că este organul receptiv şi organul care conferă imunitatea căpătată, iar imunitatea pe care o dă e independentă faţă de reacţiunea generală a organismului. S'au făcut multe încercări de vaccinaţiune locală, enterovaccin, pe animale şi pe om: Dopter în 1909; Courmont; Brückner; Metchnikoff şi Besredka au imunizat animale. Lumière şi Checrotier în 1914 au aplicat pentru prima oară enterovaccinul la om.

In ceeace priveşte streptococul şi stafilococul, nu se poate susţine că pielea este singurul organ receptiv, deoarece se găsesc localizări mesordomice exclusive. Insă s'a constatat că animale pe cari le inoculăm cu specii de streptococ sau stafilococ ce dau infecţiuni cutanate, dacă li se face preventiv vaccin subcutanat sau intraperitoneal, capătă maladia, pe când dacă inoculăm vaccinul în piele. sau aplicăm lichidul vaccinant, culturi filtrate, îmbibate în comprese, pe pielea rasă, se produce imunitate foarte repede, în 24 ore (Urbain, Besredka). Culturile de strep-

Scanned with OKEN Scanner

tococ şi stafilococ, elaborează nişte substanţe speciale, cari au afinitate electivă pentru aparatul cutanat. Când facem injecţiunea cu vaccin în cavitatea peritoneală, se crede că substanţa specifică nu ajunge până la celulele receptive ale pielei. Injecţiunile sub piele cu vaccin exercită oarecare putere vaccinantă, însă mai mică decât dacă injecţiunea s'ar face direct în piele.

Există o analogie între streptococ şi stafilococ pe de o parte, şi bacteria carbonoasă de cealaltă parte. Cei dintâiu posedă şi ei o afinitate electivă cutanată, cu toate că sunt capabili de a se localiza şi în alte părţi.

Sunt multe observaţiuni de maladii cu streptococ şi stafilococ vindecate prin tratament specific local: Levy-Solal, Simard şi Leloup, comunică la soc. de biologie, 23 Februarie 1924, două cazuri de infecţie puerperală vindecate prin tratamente intrauterine cu bulion-vaccin antistreptococic. Soupault, d-ra Bass şi Brouet au un caz de abces osteomielitic al coapsei stângi vindecat prin pansamente cu autovaccin antistafilococic. Aceiaşi autori au vindecat o fistulă pleurală prin instilaţiuni de bulion-vaccin antistreptococic pe trăectul fistulei. Carrère, Bull, soc. Ophtalm, Paris 1924, prezintă câteva observaţii de maladii oculare: conjuctivită cu dacryocystită purulentă; flegmon al sacului lacrimal, blefarită ulcero-crustoasă, în cari s'au găsit streptococul sau stafilococul, şi au fost tratate după principiul vaccinoterapiei locale, etc.

In urma experienţelor făcute şi a cazurilor clinice favorabile, cari sunt destul de numeroase, s'a ajuns la concluziunea că atunci când un streptococ sau stafilococ dă o maladie localizată pe piele sau pe alt organ, poate să fie vindecată pe principiul imunităţei locale.

Din punct de vedere biologic şi al procesului intim care se produce în imunitatea preventivă şi vaccinoterapia locală, s'ar putea spune după Besredka următoarele:

Microbul, în hipoteza noastră, e constituit din o stromă proteinică capabilă de a da anticorpi şi din virusul propriu zis, care poate fi modificat de către fagocite.

Intâiu intervin fagocitele cari digeră microbul. Stroma proteinică este trecută în circulaţie, iar virusul propriu zis, devenit mai mult sau mai puţin inofensiv din cauza fagocitelor, se îndreaptă, după ce a fost pus în libertate, către celulele receptive, cum ar fi în cărbune pielea, cu care se combină şi pe cari le face improprii de a intra

în noi combinaţiuni, celulele devin refractare. La un moment dat, afinitatea celulelor receptive pentru virus este saturată. Atunci virusul nu mai este atras în nici o parte; circulă în sânge alături de anticorpii stromei. Serul acesta, cuprinzând virusul şi anticorpii, poate fi întrebuinţat pentru a da imunitate pasivă.

Trecem la vaccinoterapie. Nu este chemată să dea organismului noi anticorpi pentru a se adăoga celor formaţi în timpul infecţiunei, ca să constitue o armă puternică în lupta organismului contra virusului. Vaccinul întrebuinţat la maladiile declarate, are rolul de a satura afinitatea celulelor receptive încă indemne, adică le desensibilizează şi le face improprii de a intra în combinaţiuni cu acest virus. Vaccinoterapia nu vindecă celulele bolnave, ci protejează pe cele sănătoase, circumscrie focarul de infecţiune. Cât despre celulele infectate, fagocitoza ajunge pentru a învinge microbii cari le-au invadat.

După cele expuse mai sus, în ceeace priveşte importanţa imunităţei locale şi a vaccinoterapiei locale, erizipelul fiind o maladie locală a dermului, adică o dermită infecţioasă datorită streptococului, cu un proces anatomopatologic caracterizat prin o vasodilataţie cu transudaţie abundentă de serositate în ţesutul dermic, la microscop se văd lanţuri de streptococi, leucocite polinuceare, celule conjunctive profilerate, epidermul e ridicat formând vesicule; toate acestea m'au îndemnat ca să tratez în lucrarea mea de doctorat despre tratamentul erizipelului cu vaccin antistreptococic intradermic.

Scanned with OKEN Scanner

REZULTATELE OBŢINUTE IN SERVICIUL DE BOALE CONTAGIOASE DELA SPITALUL COLENTINA PRIN INTREBUINŢAREA VACCINOTERAPIEI INTRADERMICE IN ERIZIPEL

Tratamentul cu vaccin antistreptococic intradermic în erizipel s'a început în Octombrie 1924. In timp de patru luni au trecut prin serviciu 70 de bolnavi de erizipel. Dintre aceştia s'a făcut tratament cu vaccin numai la 40 de bolnavi, în formele mai grave. Ceilalţi au fost trataţi sau local, sau cu lapte subcutanat, sau li s'a pus o simplă compresă umedă pe regiunea bolnavă, observându-i paralel cu cei care făceau vaccin intradermic, pentru a considera prin comparaţie eficacitatea tratamentului cu vaccin.

Rezultatele avute la aceşti 40 de bolnavi au fost bune.

Prepararea vaccinului

Vaccinul întrebuinţat a fost preparat în laboratorul d-lui dr. Mironescu. S'au ales bolnavi cu forme mai grave de erizipel. Primul a fost bolnavul M. M. Cu ajutorul unui ac de platină s'a pătruns la nivelul placardului erizipelatos în ţesutul dermic, locul unde se găsesc microbi, şi s'au făcut culturi pe agarascită şi pe bulion glucozat. Alte culturi s'au făcut dela bolnava Maria M. dintr'un abces consecutiv infecţiunei erizipelatoase. Primul streptococ a fost o formă viridans de oarece pe mediul de agar-sânge a dat colonii negre-verzui. Cel de-al doilea a fost o formă hemolitică. După ce s'au obţinut culturi pe agar-ser s'a preparat vaccinul polivalent prin amestecul acestor două rase de streptococi. S'a turnat ser fiziologic în tuburile cu culturi. Cu o baghetă se raclează suprafaţa agarului. Se decantează şi emulsiunea se pune la inactivat prin căldură, ţinând-o în „bain-marie" la 58° timp de două ore. După

aceea facem numărătoarea microbilor. Cu o pipetă pe care se înseamnă patru diviziuni egale, se ia o parte emulsiune de microbi, o parte sânge normal şi două părţi ser fiziologic. Se face un amestec homogen cu acestea şi se întinde pe lamă, se colorează cu soluţiunea Giemsa. Facem numărătoarea hematiilor şi a microbilor pe câmp. Se calculează proporţional câţi microbi corespund la 5.000.000 hematii şi avem numărul de microbi pe milimetru cub. Diluăm vaccinul cu ser fiziologic şi facem două emulsiuni, una cu 600.000.000 microbi pe cm. c., numită vaccin No. I, alta de 1.200.000.000 de microbi pe cm. c., numită vaccin No. II. Vaccinul este pus în fiole cari nu se desfac decât la trebuinţă.

Dozele de vaccin necesare

S'au întrebuinţat vaccinul numărul I şi II, cel din urmă conţinând o cantitate dublă de microbi decât primul. Făceam în prima zi $^1/_2$ cm. c. vaccin No. I, a doua zi sau peste două zile 1 cm. c. din acelaş vaccin. După aceasta, la două zile interval, urmăm cu câte 1 cm. c. vaccin No. II. In mediu am făcut 2 — 3 injecţiuni fiecărui bolnav. S'au văzut cazuri când după una sau două injecţiuni, fenomenele generale se îmbunătăţesc, placardul erizipelatos se ameliorează simţitor. Opream tratamentul. In alte cazuri, rare de altfel, a fost nevoie să se facă 6 până la 7 injecţiuni.

S'a observat că dacă tratamentul este început imediat după debutul boalei, succesul este mai repede şi mai sigur.

Injecţiunile se fac intradermic în regiunea braţului sau pectorală cu ajutorul unei seringi Record de 1 cm. c. sterilizată şi cu ac de platină subţire. In momentul pătrunderei vaccinului în derm, se simte o rezistenţă şi apăsând pe piston apare o pată albă ridicată. In locul unde am făcut injecţia se vede în primele 24 de ore o pată roşie, sensibilă, care dispare, dermul rămânând intact.

Nu s'a observat nici un accident cu acest tratament.

Acţiunea vaccinului asupra evoluţiei boalei

Sub influenţa tratamentului cu vaccin antistreptococic evoluţia boalei se reduce, chiar dacă tratamentul a fost instituit tardiv. Multe cazuri se vindecă după 3 — 4 zile.

Scanned with OKEN Scanner

In majoritatea cazurilor evoluţia boalei ţine 5—6 zile. Numai 20% din erizipelurile tratate au avut o evoluţie care să treacă peste şapte zile.

Acţiunea vaccinului asupra stării generale şi a fenomenelor locale

Starea generală se ameliorează mult după prima injecţie cu vaccin, bolnavul simţindu-se mai bine.

Căderea febrei se face brusc sau cu oscilaţiuni, două sau trei zile după începerea tratamentului. Căderea febrei, precede de obiceiu dispariţia fenomenelor locale. Au fost unele cazuri când după căderea ei se formează câteva oscilaţiuni termice, nu prea ridicate, corespunzând unor noi puseuri, dar cari sub influenţa tratamentului dispar.

Albumina în urină în cantitate mică nu este o piedică de a trata bolnavi cu vaccin. Au fost câteva cazuri cu albumină în urină, cărora li s'a făcut tratamentul cu vaccin fără a înrăutăţi starea rinichiului.

Delirul liniştit, care se observă de obiceiu în erizipelul feţei, l-am observat în foarte puţine cazuri, cu toate că cele mai multe din cazurile tratate au fost de erizipel al feţei, care cuprindea şi pielea capului. Tratamentul cu vaccin împiedică apariţia delirului, iar în cazurile unde era instalat, dispărea după primele injecţii.

Fenomenele locale se ameliorează de asemenea.

Durerea care este spontană şi la presiune, bolnavul având o senzaţiune de tensiune şi de arsură, datorită tensiunei plasmatice intradermice se micşorează mult.

Placardul erizipelatos este oprit în înaintarea lui. Bureletul care desparte placardul de pielea sănătoasă, precum şi proeminenţa placardului însuşi, se micşorează, se şterge, are tendinţa de a dispare.

Culoarea roşie a placardului, care poate varia dela roz până la culoarea roşiu viu, păleşte după prima sau a doua injecţie.

Bulele şi flictenele cari sunt datorite presiunei lichidului exudat, cu un conţinut galben-citrin, după primele injecţii scad de volum, se resorb, nerămânând în locul lor decât epidermul.

Trei sau patru zile dela începerea tratamentului, începe descuamaţia furfuracee.

Scanned with OKEN Scanner

Recăderi şi recidive

In erizipel se văd foarte des recăderi şi recidive. E o maladie care dă cele mai multe recidive. Se produc cam 7% din cazuri. După vindecarea boalei dacă rămâne oarecare roşeaţă sau edem al pielei ne putem aştepta la o recădere, care poate fi mai puţin intensă decât primul puseu, şi să nu dureze decât 3—4 zile, câteodată însă poate să fie gravă prelungindu-se 15—20 zile.

Recidivele se produc după luni de zile dela prima maladie şi sunt destul de dese.

La bolnavi trataţi cu vaccin antistreptococic intradermic s'au observat recăderi şi recidive tot atât de dese ca şi la bolnavi netrataţi. Deci tratamentul acesta nu oferă o imunitate preventivă. O comunicare în această privinţă a fost făcută de d-l dr. Mironescu la societatea de biologie în 1925.

Boidin şi Delafontaine au observat acelaş lucru la bolnavi trataţi cu autovaccin sau cu bulionul lui Delbet.

Complicaţiuni

Dintre complicaţiunile erizipelului în cazurile tratate n'am observat decât abcese, flegmoane; din partea rinichiului un nor de albumină în urină, şi în unele cazuri delir. Abcesele şi flegmoanele n'au fost observate niciodată la nivelul injecţiunei. Au avut o evoluţie benignă. Puroiul a fost evacuat şi plaga s'a închis în 5—6 zile. In toate cazurile acestea s'a instituit tratament, şi în nici unul starea bolnavului nu s'a înrăutăţit. Am ajuns la convingerea că, complicaţiunile nu sunt o contra indicaţie a tratamentului cu vaccin antistreptococic intradermic.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAŢIUNI CLINICE

OBSERVAŢIUNEA I

Bolnava E. I. în vârstă de 13 ani intră în serv. boalelor contagioase pe ziua de 23 Ianuarie 1925 cu erizipel al feţei.

Ant. pers. Anul trecut a mai suferit de erizipel.

Istoric. Boala a început acum două zile cu frison, temperatură, uşoară cefalee. Regiunea palpebrală dreaptă s'a tumefiat.

Starea prezentă. Temperatura e 40°. Are ameţeli şi cefalee. Prezintă un placard erizipelatos al feţei cuprinzând fruntea, ambele regiuni palpebrale şi buza superioară. Tegumentele tumefiate au o coloraţiune roşie-violacee şi sunt net separate de regiunea sănătoasă. Placardul e puţin dureros spontan, mai dureros la presiune. Urina nu conţine albumină.

24 Ianuarie. Se face injecţie cu $^1/_2$ cm. c. vaccin No. I.

26 Ianuarie. Bolnava are uşor delir, temperatura e tot ridicată, placardul erizipelatos se menţine. Se face 1 cm. c. vaccin No. I.

28 Ianuarie. Placardul păleşte în regiunea palpebrală dr. şi obrazul dr. Se face 1 cm. c. vaccin No. II.

29 Ianuarie. Temperatura a scăzut la 37°. Placardul erizipelatos a pălit în întregime, nu mai e dureros şi se formează scoame fine pe pielea feţei.

OBSERVAŢIUNEA II

Bolnavul *D. S.*, în vârstă de 28 ani intră în serviciul boalelor contagioase pe ziua de 12 Decembrie 1924 pentru erizipel al pielei capului şi al feţei.

Ant. pers. Fără importanţă.

Scanned with OKEN Scanner

Istoric. La 1 Decembrie în urma unei căzături a căpătat o rană în regiunea sprâncenoasă stângă. Intră în serviciul chirurgical unde este îngrijit. Patru zile dela ieşirea din spital observă tumefierea pielei capului care se întinde la întreaga faţă.

Starea prezentă. De constituţie bună. Temperatura 40°. Are cefalee, anorexie. Pe faţă cuprinzând ambii obraji şi pielea capului prezintă un placard roşu, dureros, cu marginele neregulate.

12. Decembrie. Se face injecţie cu 1 cm. c. vaccin No. 1.

14 Decembrie. Fenomenele generale se ameliorează. Se face 1 cm. c. vaccin No. 2.

16 Decembrie. Placardul păleşte, tumefacţia se resoarbe. Se face vaccin No. 2, 1 cm. c.

17 Decembrie. Temperatura a scăzut la 36°. Placardul s'a resorbit în totalitatea lui.

OBSERVAŢIUNEA III

Bolnavul *D. B.,* în vârstă de 49 ani intră în serviciul boalelor contagioase în ziua de 4 Februarie 1925 pentru erizipel al feţei.

Istoric. Acum trei săptămâni a suferit un traumatism în regiunea parietală stângă. De şase zile are febră, a avut frison, anorexie, constipaţie. De patru zile a observat o tumefacţie a tegumentelor feţei şi regiunei palpebrală.

Starea prezentă. Temperatura 39,2°. Are cefalee, delir liniştit. In regiunea parietală stângă prezintă o plagă pe cale de cicatrizare, lineară, lungă de 4 cm. Placardul erizipelatos cuprinde ambii obraji, nasul şi regiunile palpebrale. Tegumentele la acest nivel sunt tumefiate, de culoare roşie, net separate de partea sănătoase, dureroase la presiune. Nu prezintă ganglionii măriţi. Slab nor de albumină în urină.

5 Februarie. Injecţie intradermică cu $^1/_2$ cm. c. vaccin No. 1.

7 Februarie. Fenomenele generale se menţin, placardul a diminuat. Injecţie cu 1 cm. c. vaccin No. 1.

9 Februarie. Temperatura a scăzut la 36,8°. Placardul a pălit. Incepe descuamaţia. Se face 1 cm. c. vaccin No. 2.

10 Februarie. Tumefacţia şi durerea au dispărut cu totul.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAŢIUNEA IV

Bolnavul *G. A.*, în vârstă de 52 de ani intră în serviciul de boale contagioase Spit. Colentina în ziua de 23 Ianuarie 1925 pentru erizipel al feţei.

Ant. pers. Fără importanţă.

Istoric. Boala a început acum două săptămâni cu frison, greţuri, ameţeli. A doua zi a apărut o tumefacţie în regiunea palpebrală stângă care s'a întins la obraz.

Starea prezentă. De constituţie medie. Temperatura 38,2°. Are anorexie. Placardul erizipelatos cuprinde regiunea palpebrală stângă şi obrazul stâng. Tegumentele sunt de culoare violacee, dureroase la presiune, cu marginele net delimitate de pielea sănătoasă. Nu are albumină în urină.

24 Ianuarie. Se face 1 cm. c. vaccin No. 1.

26 Ianuarie. Temperatura a scăzut la 37°. Se face 1 cm. c. vaccin No. 2.

27 Ianuarie. Placardul a pălit şi s'a resorbit. Temperatura 36°.

OBSERVAŢIUNEA V

Bolnava *L. D.*, intră în serviciul de boale contagioase Spit. Colentina în ziua de 1 Noembrie 1924 cu erizipel al feţei.

Ant. pers. Fără importanţă.

Istoric. Boala a început acum trei zile cu un catar al glandei lacrimale stângi. A avut frison, febră, transpiraţie. După aceia a observat o tumefiere a regiunei palpebrale stângi, a obrazului stâng şi a nasului. Tumefacţia s'a întins şi la obrazul dr.

Starea prezentă. De constituţie medie. Temperatura 39,4°. Ambii obraji, nasul şi regiunea intersprâncenoasă sunt edematiate, lucioase, roşii, cu descuamaţie superficială. Lobii ambelor urechi sunt de asemenea edematiaţi. Ganglioni preauriculari, sub maxilari şi cervicali sunt măriţi şi dureroşi.

2 Noembrie. Se face $^1/_2$ cm. c. vaccin No. 1.

3 Noembrie. Placardul a pălit, se resoarbe. Temperatura 37,4°.

4 Noembrie. Placardul s'a resorbit aproape în totalitate. Fenomenele generale au dispărut. Se mai face 1 cm. c. vaccinul No. 2.

Scanned with OKEN Scanner

8 Noembrie. Face o recădere. La obrazul dr. placardul erizipelator îşi capătă aspectul lui dela început, devine roşu. Temperatura 38,8°. Se face 1 cm. c. vaccin No. 1.

10 Noembrie. Fenomenele locale şi generale s'au ameliorat cu totul.

OBSERVAŢIUNEA VI

Bolnava *M. J.*, intră în serviciul de boale contagioase Spit. Colentina în ziua de 26 Decembrie 1924 cu erizipel al feţei.

Istoric. Boala a debutat acum două zile cu frison, febră. După aceia a apărut o tumefacţie roşie şi dureroasă la faţă.

Starea prezentă. Bolnava e slăbită. Ţesutul celular şi muscular sunt diminuate. Temperatura 40,2°. Are ameţeli şi o spută mucopurulentă abundentă. Prezintă un placard erizipelatos la faţă, pielea capului şi gât. Tegumenele la aceste regiuni sunt roşii, tumefiate, dureroase. Limita e net separată de pielea sănătoasă.

Pulmon. Raluri bronşice difuze.

Cord. Zgomotul întâi prelungit.

27 Decembrie. Se face $^1/_2$ cm. c. vaccin No. 1 intradermic.

28 Decembrie. Placardul păleşte şi cedează. Starea generală se menţine rea.

30 Decembrie. Aceiaşi stare generală rea. Se face 1 cm. c. vaccin No. 1.

1 Ianuarie. 1 cm. c. vaccin No. 1.

3 Ianuarie. Fenomenele locale au cedat cu totul, placardul s'a resorbit. Starea generală se menţine rea. Febra e mare şi slăbiciune. La pulmon se aud raluri bronşice. Se face examenul sputei şi se găseşte balcilul Kock.

OBSERVAŢIUNEA VII

Bolnavul I. D. în vârstă de 44 de ani intră în serviciul de boale contagioase la 27 Ianuarie 1925 cu erizipel al membrului superior stâng şi spate.

Ant. pers. A mai suferit acum 20 de ani de erizipel al feţei.

Istorie. Acum trei luni a avut o adenită în regiunea axilară stângă. O lună mai târziu a fost deschisă. Până

în prezent plaga a rămas deschisă. Acum două zile a fost apucat cu frison puternic şi febră, inapetenţă totală. Pe braţul stâng a apărut o tumefacţie roşie-violacee, care s'a întins pe antebraţ, pe umărul şi regiunea scapulară stângă.

Starea prezentă. Temperatura 39,6°. Prezintă o plagă în regiunea axilară stângă, consecutivă deschiderei adenitei. Placardul erizipelatos cuprinde braţul, antebraţul stâng, umărul şi regiunea scapulară stângă. Placardul e roşu, limitat net de părţile sănătoase, sensibil spontan şi la presiune.

Urina nu conţine albumină.

28. Ianuarie. Se face 1 cm. c. vaccin No. I.

29 Ianuarie. Temperatura a scăzut la 37,4°. Placardul în regiunea antebraţului şi scapulară a început să păleasca. Se face 1 cm. c. vaccin No. II.

31. Ianuarie. Temperatura 36,2°, Placardul păleşte în totalitate, se descuamează, nu mai e sensibil la presiune. Se face 1 cm. c. vaccin No. II.

1 Februarie. Descuamaţie terminată. Placardul a dispărut în totalitate.

OBSERVAŢIUNEA VIII

Bolnavul T. G. în vârstă de 54 ani intră în serviciul de boale contagioase spit. Colentina în ziua de 16 Ianuarie 1925 pentru erizipel al membrului superior drept şi torace.

Ant. pers. Sifilisul şi malaria.

Istoric. Acum două zile a fost apucat cu frison, febră, stare generală rea. A avut dureri în antebraţul drept care s'a tumefiat şi înroşit. O zi mai târziu a apărut şi o tumefacţie pe peretele toracic.

Starea prezentă. Temperatura 38°. Are anorexie, astenie. Prezintă o tumefacţie pe antebraţul drept, roşie-violacee. net limitată, dureroasă spontan şi la presiune. Toracele pe peretele anterior, prezintă de asemenea o tumefacţie roşie şi dureroasă, care nu e net limitată.

Urina nu conţine albumină.

17 Ianuarie. Se face 1 cm. c. vaccin No I intradermic.

18 Ianuarie. Temperatura a scăzut la 36,4°. Placardul erizipelatos după torace şi antebraţ a pălit şi se descuamează. Se face 1 cm. c. vaccin No. II.

20 Ianuarie. Se formează un nou puseu. Temperatura 39°. In regiunea cefei apare un placard erizipelatos care se întinde şi la urechea dreaptă. Tumefacţia din regiunea ante-

Scanned with OKEN Scanner

braţului şi toracelui au dispărut. Se face 1 cm. c. vaccin No. II.

21 Ianuarie. Temperatura 37,2°, Tumefacţia din regiunea cefei începe să cedeze. Se face 1 cm. c. vaccin No. II.

23 Ianuarie. Placardul s'a resorbit şi a pălit, a început descuamaţia. Temperatura 36.4°.

OBSERVAŢIUNEA IX

Bolnava L. A. de 34 de ani intră în serviciul de boale contagioase pe ziua de 19 Decembrie 1924 cu erizipel al feţei.

Ant. pers. Fără importanţă.

Istoric. Boala a debutat acum o săptămână, brusc, cu frison, cefalee. In jurul orificiilor nasului a apărut o tumefacţie care s'a întins la ambii obraji şi regiunile palpebrale. Bolnava a fost tratată acasă de un medic. Placardul erizipelatos neresorbindu-se bolnava a fost adusă la spital.

Starea prezentă. Temperatura 40,6°. Are cefalee, limba încărcată. La nivelul feţei se vede un placard erizipelatos cuprinzând nasul, ambii obraji şi pleoapele inferioare; de culoare roşie şi dureros, net delimitat de pielea sănătoasă şi cu marginele dure.

Urina conţine un nor de albumină.

10 Decembrie. Se face jum cm. c. vaccin No. I intradermic.

21 Decembrie. Se face 1 cm. c. vaccin No. I.

22 Decembrie. Febra scade la 36°. Placardul a pălit şi se descuamează.

24 Decembrie. Placardul şi-a reluat în regiunea dreaptă a feţei aspectul dela început: roşu violaceu, tumefiat, dureros, întinzându-se şi la urechea dreaptă. Se face jum. cm. c. vaccin No. II.

26 Decembrie. Placardul a început să cedeze. Se face 1 cm. c. vaccin No. II.

28 Decembrie. Placardul erizipelatos a pălit cu totul, tumefacţia s'a resorbit. Temperatura este 37°.

OBSERVAŢIUNEA X

Bolnava R. I. în vârstă de 20 de ani intră în serviciul de boale contagioase în ziua de 2 Februarie 1925 pentru erizipel al feţei.

Scanned with OKEN Scanner

Ant. pers. In copilărie febră tifoidă. Acum 3 ani a mai avut un erizipel al feţei.

Istoric. Boala a debutat de cinci zile prin cefalee, febră, anorexie, greţuri, vârsături. Apoi a apărut o tumefacţie la urechea stângă care s'a întins cuprinzând obrazul şi nasul.

Starea prezentă. Temperatura 38,4°. Prezintă un placard erizipelatos cuprinzând tegumentele feţei, ambii obraji, nasul, regiunile palpebrale şi urechea stângă. Tumefacţia este roşie-violacee, cu marginele net delimitate de pielea sănătoasă. E dureroasă în mod spontan.

3 Februarie. Se face jum. cm. c. vaccin No. I. intradermic.

5 Februarie. Placardul a început să păleasca. Temperatura se menţine ridicată 38,6°. Se face 1 cm. c. vaccin No. I.

7 Februarie. Temperatura se menţine ridicată. Fenomenele locale au dispărut aproape complect. A început descuamarea. Se face 1 cm. c. vaccin No. II.

9 Februarie. Fenomenele generale şi locale au dispărut. Temperatura 36,4°.

OBSERVAŢIUNEA XI

Bolnava M. V. în vârstă de 18 ani intră în serviciul de boale contagioase spit. Colentina în ziua de 11 Ianuarie 1925 pentru erizipel al feţei.

Ant. pers. Bolnava a mai avut anul trecut erizipel.

Istoric. Acum trei zile s'au tumefiat tegumentele regiunei palpebrale din stânga. Apoi tumefacţia s'a întins cuprinzând toată faţa.

Starea prezentă. Bolnava e de constituţie bună. Temperatura 38,4°. Placa erizipelatoasă cuprinde fruntea, regiunile palpebrale, ambii obraji, nasul, buza superioară. Pielea la acest nivel este roşie-violacee, marginele sunt bine delimitate de părţile sănătoase. Urina nu conţine albumină.

12 Ianuarie. Se face 1 cm. c. vaccin antistreptococic No. I. intradermic.

14 Ianuarie. Temperatura a scăzut la 37,4°. Placardul erizipelatos a pălit şi s'a micşorat din întindere. Se face 1 cm. c. vaccin No. II intradermic.

16 Ianuarie. Temperatura 36,5°. Placardul erizipelatos s'a resorbit cu totul. Se vede descuamaţia.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAŢIUNEA XII

Bolnava N. Z. în vârstă de 15 ani intră în serviciul de boale contagioase spit. Colentina în ziua de 28 Ianuarie 1925 pentru erizipel al feţei.

Ant. pers. Fără importanţă.

Istoric. Boala a debutat acum patru zile cu cefalee, frison, febră. După două zile a apărut o tumefacţie în regiunea nasului care s'a întins la obraji.

Starea prezentă. Temperatura 38°. Are cefalee şi anorexie. Prezintă un placard erizipelatos care cuprinde nasul. ambii obraji şi regiunea palpebrală stângă. Tegumentele la acest nivel sunt de culoare roşie-violacee, marginele net delimitate de regiunea sănătoasă. Placardul este dureros la presiune.

Urina nu conţine albumină.

29 Ianuarie. Se face injecţie cu 1 cm. c. vaccin No. I antistreptococic intradermic.

30 Ianuarie. Temperatura scade la 36,6°. Placardul erizipelatos a pălit. Durerea a dispărut.

31 Ianuarie. Placardul a dispărut cu totul şi a început descuamaţia.

OBSERVAŢIUNEA XIII

Bolnavul F. I. în vârstă de 30 ani intră în serviciul de boale contagioase spit. Colentina în ziua de 7 Noembrie 1924 pentru erizipel al feţei.

Ant. pers. Fără importanţă.

Istoric. Boala a început acum trei zile cu frison, febră, cefalee. O zi mai târziu a apărut o tumefacţie la nivelul nasului care s'a întins la ambii obraji.

Starea prezentă. Bolnavul e de constituţie bună. Temperatura 40°. Are cefalee şi anorexie. In regiunea feţei prezintă un placard erizipelatos care cuprinde pleoapele inferioare, ambii obraji, nasul şi buza superioară. Placardul este de culoare roşie, dureros, bine delimitat de pielea sănătoasă. Prezintă la suprafaţa lui flictene.

8 Noembrie. Se injectează jum. cm. c. vaccin No. I intradermic.

10 Noembrie. Placardul eripelatos s'a mai micşorat şi a pălit. Temperatura însă se menţine ridicată. Se face 1 cm. c. vaccin antistreptococic No. II.

12 Noembrie. Temperatura a scăzut la 36,5°. Placardul erizipelatos s'a resorbit cu totul.

Scanned with OKEN Scanner

OBSERVAŢIUNEA XIV

Bolnava M. D. în vârstă de 18 ani intră în serviciul de boale contagioase spit. Colentina în ziua de 22 Decembrie 1925 pentru erizipel al feţei.

Ant. pers. Fără importanţă.

Istoric. Acum două zile s'a simţit rău. Avea frison, febră, greţuri, ameţeli. După o zi observă apariţia unei tumefacţii la urechea dreaptă care s'a întins la nas şi obraji.

Starea prezentă. Temperatura 40,1°. Are ameţeli, greţuri cefalee. Prezintă un placard de erizipel care cuprinde urechea dreaptă, obrazul drept, nasul, fruntea până la părul capului. Pavilionul urechei este dat în afară şi înainte, lobulul este îngroşat. Placardul e de culoare roşie-violacee, e dureros. Marginea e net delimitată de partea sănătoasă.

23 Decembrie. Se face 1 cm. c. vaccin antistreptococic No. I.

25 Decembrie. Temperatura a scăzut la 37°. Placardul a pălit şi s'a micşorat.

27 Decembrie. Temperatura s'a ridicat la 39,6°. Apare un placard erizipelatos la obrazul stâng. Se face 1 cm. c. vaccin No. 1 intradermic.

29 Decembrie. Placardul s'a resorbit în totalitate. Temperatura e 36,4°. A început descuamaţia placardului.

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUZIUNI

1. Vaccinul antistreptococic polivalent injectat pe cale intradermică la bolnavi de erizipel are o acţiune specifică, producând o ameliorare repede a simptomelor locale şi generale.

2. Dozele terapeutice sunt: prima zi, jum. cm. c. vaccin antistreptococic No. 1, a doua zi, sau peste două zile 1 cm. c. vaccin antistreptococic No. 1.

Vaccinul No. 1 conţine 600.000.000 microbi pe cm. c.

După aceia se urmează cu 1 cm. c. vaccin No. 2, care conţine 1.200.000.000 de microbi pe cm. c.

In total se fac 2 — 3 injecţiuni.

3. Complicaţiunile erizipelului precum şi faptul că s'ar găsi urme de albumină în urină, nu este o contra indicaţie a tratamentului cu vaccin antistreptococic.

4. Acţiunea preventivă a vaccinului antistreptococic este nulă. In cazurile tratate s'au înregistrat recăderi şi recidive destul de dese.

Văzută şi bună de imprimat.

Preşedintele Tezei,
(ss) **Prof. Dr. S. Lalu**

Decanul Facultăţei,
(ss) **Prof. Dr. Toma Ionescu**

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUSIONS

1. Le vaccin antistreptococcique polivalent injecté par voie intradermique aux malades d'érizipèle a une action spécifique produisant une prompte amélioration des simptomes locaux et généraux.

2. Les doses térapeutiques sont: le premier jour $^1/_2$ cm. c. vaccin antistreptococcique No. 1, le second jour, ou deux jour après, 1 cm. c. vaccin No. 1.

Le vaccin Nr. 1 contient 600.000.000 microbes par cm. c.

On continue ensuite avec 1 cm. c. vaccin Nr. 2 qui contient 1.200.000.000 microbes par cm. c. On fait en tout deux ou trois injections.

3. Les complicatoions de l'érizipèle et le fait qu'on pourrait trouver des traces d'albumine dans l'urine, n'est point une indication contraire au traitement avec le vaccin antistreptococcique.

4. L'action préventive du vaccin antistreptococcique est nulle. Dans les cas traités on a enregistré assez souvent des rechutes et des récidives.

Vue et bonne a imprimer.

Le Président de la Tehèse, (ss) **Prof. Dr. S. Lalou**

Le Doyen de la Faculté, (ss) **Prof. Dr. Toma Ionesco**

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

M. Aitoff. Inoculation du charbon par la muqueuse conjuctivale. Annales de l'Institut Pasteur, 1922.

A. Bass. Essai de vacinothérapie par voie cutanée. Soc. de Biol., 2 Juin 1923.

A. Bass. De la vaccinothérapie au moyen des pansements d'origine microbienne. Soc. de Biol., 30 Juin 1923.

Besredka et M-lle Bassèches. Des virus sensibilisés. Vaccination antiparatyphique. Annales de l'Institut Pasteur. Mai 1918.

Besredka. De la vaccination contre les états typhoïdes par la voie buccale. Annales de l'Institut Pasteur. Décembre 1919.

Besredka. Infection et immunisation par la voie buccale contre la dysenterie et les états typhoïdes. Bulletin de l'Institut Pasteur, 29 Février 1920.

Besredka. Vaccination par voie cutanée. Charbon. Annales de l'Institut Pasteur, Juillet 1921.

Besredka. Vaccination par voie buccale.. Paris médical, 3 Juin 1922.

Besredka. Immunité générale par immunisation locale. Bulletin de l'Institut Pasteur. 30 Juin 1922.

Besredka et De Trévise. De la vaccination du cobaye contre le sang charbonneux. Annales de l'Institut Pasteur, Juillet 1922.

Besredka. De la vaccination locale. Paris médical, 2 Décembre 1922.

Besredka. Etude sur l'immunité locale. Staphylocoque. Cutivaccination. Soc. de Biol., 19 Mai 1923.

Besredka. Le pensement staphylococcique. Soc. de Biol., 2 Juin 1923.

Boidin et Delafontaine. Absence de pouvoir préventiv des stockvaccins et des auto-vaccins streptococcique dans l'érysipèlo à rechutes. Soc. méd. des Hôpitaux 1921 6 Mai.

Brocq-Rousseu, Forgeot et Urbain. Cuti-vaccination, cuti-immunité anticharbonneuse chez le cheval. Soc. de Biol. 2 Juin. 1923.

Brocq-Rousseu, Forgeot et Urbain. Vaccination contre le streptocoque par la voie cutanée. Soc. de Biol., 23 Juin 1923.

Calmette. Les vaccinations microbiennes par voie bucalle. Annales de l'Institut Pasteur. Octombre 1923.

Calmette et Guérin. Rcherches sur la vaccine expérimentale. Annales de l'Institut Pasteur, 1901 p. 161.

Ciuca et Bălteanu. Vaccination anticharboneuse par voie cutanée chez le cobaye. Soc. de Biol. 1924, p. 315.

Carrère. Dacryocystite bilatérale chronique. Soc. Sciences medic. et biol. Montpellier.

Collet. Précis de pathologie interne. 1920.

Combiescu. Le rôle de la peau dans l'infectin charbonneuses chez le lapin. Soc. Biol. 1924.

Scanned with OKEN Scanner

Courmont et Rochaix. De l'immunisation antitoxique par la vaccination antityphique intestinale. Acad. des Sc., 20 Mars 1911.

Couvelaire, Lévy-Solal. Infection puerpérale. Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie, 7 Avril 1924.

Delater et Reverchon. De l'auto-vaccination en oto-rhino-la- d'otor-hino-laryngologie. Août 1922. ryngologie. Congrès

Delater. De l'immunisation locale a l'immunité générale. Presse Médicale. 2 Janvier 1924.

Dopter. Vaccination préventive contre la dysenterie bacillaire. Soc. de Biol. 1908.

Flexner. Contributions génerale sur la sérothérapie et vaccinothérapie. The Journ. of. amer. med. assoc. 1921 No. I.

Forgue. Précis de pathologie externe 1922.

Garavaglia. Sulla vaccinatione per via boccale contre il tifo, il colera, e la dissenteria. I. Policlinico, 2 Octombre 1922.

Gay. Immunité locale. Streptocoque. Journ. of. Immunology. Janvier 1923.

Glotoff. L'immunisation contre le choléra par voie buccale. Soc. de Biol. 7 Juillet 1923.

Gratia et Rhodes. Production d'anticorps bacteriolitique et hemolitique par la voie cutanée. Soc. de Biol. 1924.

Korchoun. Sur la question de la vaccination contre le choléra. La Médicine prophylactique. Karkoff. Octombre-Novembre 1922.

Léger et Baury. Vaccination contre la peste par la voie buccale. Soc. path. 11 Juillet 1923.

Levaditi. Vaccination antistreptococcique des plaies de guerre par le lipovaccin et le vaccin éthèro-sensibilisés. Soc. de Biol. 2 Nov. 1918.

Levi-Solal, Simard et Leloup. Infection puerpérale. Soc. Biol. 23 Février 1924.

G. Lyon. Ce que tout médecin doit savoir de la vaccinothérapie. Bulletin médical 5 Août 1922.

Masaki (de Tokio). Mécanisme de l'infection cholérique et de la vaccination contre le choléra par voie buccale. Soc. de Biol. 11 Mars 1922.

Marmorek. L'unité des streptocoques pathogènes pour l'homme. Loc. cit. 1902.

Mironescu. Le vaccination intracutanée et les rechutes dans l'érysipèle. Soc. Biol. 1925.

Portmann. La vaccinothérapie en Oto-Rhino-Laringologie. Revue de Laring. d'Oto. et de Rhingologie No. 2, 1922.

Rebattu, Langeron et Proby. Vaccinothérapie locale de l'ozène. Soc. méd. des Hôp. de Lyon 16 Octobre 1923.

Roger, Widal, Teissier. Maladies infectieuses. Nouveau traité de médicine. Vol. I. 1923.

Tanon. La vaccination antityphique par voie digestive. Revue Médicale française, 5 Nov. 1921.

Weaver. Sérum antistreptococcique et vaccin antistreptococcique. Journ. Amer. med. assoc. T. 76 cit in Pres. Méd. No. 21, 1922.

Wright. Nouveaux prencipes d'immunisation appliquées à la thérapeutique vaccinante. Ann. de l'Institut Pasteur 1923, No. 2.

Scanned with OKEN Scanner

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 2435

TRAUMATISMELE PLEURO-PULMONARE

IN CÂMPUL MUNCII

STUDIU MEDICO-LEGAL

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Prezentată şi susţinută la 23 Februarie 1926

DE

CAROL S. SINGER

BUCUREŞTI
Tipografia „STEAUA ŢĂRII"—MATEI IONESCU
Str. Vasile Lascar No. 40 bis
1926

Scanned with OKEN Scanner

:: :: :: FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREŞTI :: :: ::

Decan: D-l Profesor Dr. THOMA IONESCU

PROFESORI TITULARI:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	Angelescu C.
Chimia medicală	„ „	Athanasescu N.
Clinica chirurgicală infantilă şi ortopedie	„ „	Bălăcescu I.
Anatomia patalogică	„ „	Babeş V.
Bacteriologia şi patologia experimentală.		
Istologia normală şi Istogeneza	„ „	Besnea Şt.
Medicina experimentală	„ „	Cantacuzino I.
Clinica ginecologică	„ „	Daniel C.
Clinica II-a medicală	„ „	Danielopol D.
Anatomia topografică II	„ „	Gerota D.
Clinica şi teoria obstetricală	„ „	Gheorghiu N.
Anatomia topografică	„ „	Ionescu Th.
Clinica I-a chirurgicală		
Clinica II-a medicală	„ „	Ionescu D.
Clinica III-a chirurgicală	„ „	Juvara E.
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	Jianu A.
Farmacologia şi materia medicală	„ „	Lalu S.
Clinica boalelor oto-rino-laryngologice	„ „	Mejianu N.
Clinica boalelor nervoase	„ „	Marinescu Gh.
Clinica infantilă	„ „	Manicatide M.
Igiena şi poliţia sanitară	„ „	Mezincescu D.
Medicina legală	„ „	Minovici M.
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	„ „	Manolescu D.
Clinica I-a medicală	„ „	Nanu Muşcel I.
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „	Nicolau Şt.
Clinica mentală	„ „	Obregia Al.
Fiziologia umană	„ „	Paulescu N.
Patologia generală	„ „	Proca Gh.
Anatomia descriptivă şi Embriologia	„ „	Rainer Fr.
Botanica generală	„ „	Solacolu Th.
Patologia medicală	„ „	Thomescu I. Th.
Clinica terapeutică	„ „	Theohari A.
Zoologia generală	„ „	Zotta Gh.

POROFESORI AGREGAŢI:

Medicină operatoare. : : : D-l Dr. Constantinescu C.

Preşedinte: D-l Prof. Dr. **Minovici Mina**

D-lui Prof. Dr. MINA MINOVICI,

mulţumirile mele respectuoase pentru deosebita onoare ce-mi face primind preşedenţia acestei lucrări, şi pentru permisiunea avută de a cerceta materialul necesar în Institutul Medico-Legal Prof. „Dr. Mina Minovici".

D-lui Conf. Dr. POENARU-CĂPLESCU C.

cele mai călduroase mulţumiri şi asigurarea deosebitului meu respect şi consideraţie ce-i voi păstra vecinic, pentru îndrumarea şi interesul ce mi l-a arătat în alcătuirea acestei lucrări, dumnealui fiind inspiratorul acestei teze.

Onor. JURIULUI DE PROMOŢIE,

respectuoase mulţumiri.

D-lui Dr. MIREA,

recunoştinţă pentru buna-voinţă arătată.

D-lui Dr. V. TEMPEA,

mulţumirile mele pentru îndrumările date în timpul cât am lucrat în serviciul D-Sale.

Scanned with OKEN Scanner

Memoriei tatălui meu

Mamei dragoste pentru sacrificiile făcute.

Unchiului Lascar mulţumirile mele pe această cale pentru dragostea care mi-a arătat-o tot timpul.

Scanned with OKEN Scanner

Ție scumpul meu văr L. Georges îți voi purta recunoștință și dragoste vecinică pentru interesul ce l'ai avut față de mine și sacrificiul pe care l'ai făcut în intervalul de timp ce mai cunoscut.

Lui Harry și Emanuel Greenberg toată dragostea mea.

Scanned with OKEN Scanner

Aduc pe această cale mulţumirile mele, Onoratei Direcţiuni a Casei Centrale a Asigurărilor Sociale şi Asociaţiei Patronale pentru înlesnirea acestei lucrări.

Surorilor, fraţilor, cumnaţilor şi iubitului meu nepot Bébé, toată dragostea mea.

Tuturor rudelor pentru dragostea arătată le mulţumesc.

Iar tu Mircea, care ai fost sufletul cenaclului nostru studenţesc şi care ai luat parte egală cu noi la plăcerile şi neplăcerile vieţei de student împreună cu Max, voi, cari aţi fost animatorii adevăraţi ai vieţei de cartier şi cari a-ţi căutat şi ştiut să faceţi viaţa noastră totdeauna frumoasă şi plăcută, pe voi vă asigur pe această cale de toată dragostea şi prietenia mea ori când şi ori unde.

Vouă membrilor din cenaclu, Marietta, Trudy, Lory, Mary şi Mella şi Dr. Lucy, Av. Weinberg, Malaezu, Dr. Liş, Dr. Kisselefsky, Dr. Miron, Ing. Iacobeanu, Dr. Nicu, Elber, pe cari astăzi vă părăsesc, fiţi siguri de amintirile plăcute pe cari le voi păstra din mijlocul vostru.

Pioasă amintire aceluia care mi-a fost prieten şi coleg Tolly.

Scanned with OKEN Scanner

DEFINIȚIE

Prin lesiuni pleuro-pulmonare traumatice înțelegem ruperea în urma accidentelor de muncă a pleurei, pulmonului și vaselor pulmonare, cu sau fără distrugerea cutiei osoase toracice, în care sunt situate.

Etiologie și Patogenie

Leziunile pleuro-pulmonare se produc oridecâte ori toracele este prins într'o forță oarecare și o resistență mai mult sau mai puțin mare și menținut între ele un timp mai mult sau mai puțin îndelungat; după cum vedem de cele mai multe ori aceste lesiuni pleuro-pulmonare sunt în funcție de traumatismele toracice, și agentul traumatismului poate numai să deschidă cavitatea toracică respectiv pleura, sau să pătrundă în mediastin de unde vom avea a) lesiuni cari nu interesează decât pleura singură b) lesiuni pulmonare și c) lesiuni pleuro-pulmonare în care sunt interesante și vasele mari pulmonare. Majoritatea cauzelor cari produc lesiuni pleuro-pulmonare le întâlnim în câmpul muncei și ele sunt multiple și variate.

Ruptura sub-cutanată a organelor toracelui nu se produce de cât cu ocazia traumatismelor de mare violență. Se observă la indivizii cari au fost prinși de o surpare de mal, la muncitorii ce lucrează la industria lemnului unde sunt loviți de butuci cari se rostogoleau, fie la indivizii striviți de roata unei trăsuri, prinși între tampoanele unui vagon; deasemeni poate fi pricinuită de căderea dintr'un loc ridicat de lovitura unui cal atingând toracele în plin, fie la lusră-

Scanned with OKEN Scanner

torii mineri, lemnari, zidari; în fine la toţi meseriaşii în timpul muncei se pot produce lesiuni pleuro-pulmonare prin loviri directe. Nu ne vom ocupa de leziunile prin armă de foc şi instrumente tăetoare şi ascuţite, care sunt mai rare în câmpul muncei.

Din statistica pe care am scos-o dela *Institutul Medico-Legal Prof.* „*Mina Minovici*" pe timp de 10 ani dela 1912—1921 pe 32 de cazuri mortale prin leziuni pleuro-pulmonare, 8 sunt datorite surpărilor de mal, 6 tamponărilor de cale ferată, 5 căderilor dela înălţime şi restul din diverse cauze. In acelaş interval de timp de 10 ani la Casa Centrală a Asigurărilor Sociale, *Serviciul d-lui conferenţiar dr. Poenaru-Căpţescu* am putut extrage din dosarele accidentelor de muncă 47 cazuri, din cari 14 sunt datorite loviturilor directe, 12 cazuri strivirilor, care e un factor etiologic destul de important, 10 cazuri tamponărilor, 5 căderilor dela înălţime şi restul diverselor cauze mai sus enunţate. Nu am expus aci observaţiunile accidentelor de muncă la cari se găseşte diagnosticul: Moarte prin zdrobire, fără altă precizare asupra regiunilor sau viscerelor lezate. In toate aceste cazuri, foarte numeroase din nenorocire, moartea a survenit imediat şi accidentele s'au întâmplat la ţară, în exploatări de păduri, mine, cariere etc...

In rezumat leziunile pleuro-pulmonare pot fi datorite 1) unei *cauze directe* sau 2) *indirecte*.

Leziunile produse prin cauze directe rezultă dintr'o violenţă: cădere, lovitură, tamponare, strivire factori ce lucrează asupra cutiei toracice. Contusiune pură, cu integritatea scheletului şi lesiuni viscerale, este apanagiul indivizilor tineri, de oarece elasticitatea toracelui este astfel că poci aduce sternul în contact cu rachis-ul fără a rupe coastele; se înţelege deci că e posibil să se observe o rupere completă a viscerilor fără fractură.

Mai târziu oricărui traumatism violent, va corespunde aproape totdeauna o lesiune pleuro-pulmonară; în majoritatea cazurilor organele traumatizate sunt sănătoase, însă se înţelege uşor că orice lesiune patologică preexistentă măreşte friabilitatea organului şi uşurinţa rupturei; astfel

aderenţele pleurale, pentru pleură, emfisemul şi cavernele pentru pulmon.

Lesiuni prin cauze indirecte. Sub influenţa unei sguduiri şi din conflictul ce rezultă din cele 2 forţe adică şocul şi aderenţele organului, rezultă lesiuni de comoţiune, adesea extrem de grave; comoţiunea mai poate fi produsă şi de deplasarea bruscă şi violentă a sângelui în vase, a aerului în pulmon etc. Comoţiunea este capabilă de a produce lesiuni traumatice ca hemoragii, rupturi în locuri cu totul depărtate de punctul asupra căreia s'a produs şocul generator al comoţiunei. Analiza clinică este adesea în nepulinţă de a recunoaşte şi a afirma aceste lesiuni uneori minime ale comoţiunei.

Mai avem cauzele predisposante; la bărbaţi mai des ca la femei din cauza deosebirei de ocupaţiune. Inferioritatea pulmonară creată prin fumat etc...

Anatomie Patologică.

Rănile pulmonare prin contusii sunt mult mai frecvente decât le-ar bănui orice medic. Toată lumea ştie că pulmonul şi pleura pot fi contusionate, strivite mai mult sau mai puţin profund de o coastă fracturată a cărei fragmente sau deplasat pentru a le pătrunde sau strivi.

Ele se mai pot realiza în adevăr chiar atunci când traumatismul a lăsat cutia toracică intactă, şi chiar când aceasta a fost fracturată coastele ne intervenind cu nimic în producţia lor. Pentru a înţelege mai bine această chestiune trebue mai întâiu să examinăm rănile grave pulmonare, ocasionate de un traumatism mare care aduce moartea imediat sau foarte repede. De exemplu în căderea dela o înălţime foarte mare. Cu sau fără fractura coastelor iată ce se constată adesea asupra pulmonilor;

Suprafaţa lor este marmorată de revărsări sanguine cari desemnează pete neregulate de o culoare roşie-neagră. In mijlocul acestor pete se vede adesèa pleura ridicată de bule de aer, de obiceiu mici, însă capabile de a atinge 2—3 cm. de diametru şi mai mult. Plăci de emfisem sub-pleural

se observă adesea şi pe zonele ne hemoragice. Dacă se fac secţiuni, se pot vedea aceste secţiuni semănate de unele hemoragii, cari prezintă câte odată bule gazoase mai mult sau mai puţin mari. Câte odată se găsesc adevărate caverne traumatice, adică cavităţi scobite în grosimea unui lob, umplute cu aer cu sânge lichid şi coaguli, fragmente de parenchim pulmonar, compléct sau incomplect detaşaţi prin extremităţile lor de pereţii cavităţei.

In multe cazuri, se vede chiar la suprafaţa pulmonului rupturei profunde de mai mulţi centimetri; sau chiar hilul pulmonului însuşi care a fost rupt în parte.

Astfel de lesiuni se explică prin o comoţie enormă a pulmonului. Acesta svârlit contra pereţilor toracici, cu o astfel de violenţă încât hilul se rupe câte odată, căci pulmonul se smulge si se contusionează apoi fără îndoială contra pereţilor, însă este mai ales lezat prin deplasările subite de sânge şi de aer svârlit de şoc cu o atâta intensitate în cât rupe, sau pereţii vasculari, sau alveolele bronchice, sau chiar bronchile de un anumit calibru, şi că ambele cauze lucrând pe un acelaş punct să dilacereze astfel parenchimul pulmonar încât să formeze în pareuchim o cavitate voluminoasă.

Cu toate că aceste leziuni sunt foarte grave ele pot fi limitate la o regiune mai mult sau mai puţin restrânsă a pulmonului, restul organului rămânând intact, deasemeni şi celălalt pulmon.

Dacă considerăm acuma rănirile prin strivire, foarte dese în domeniul muncei, vom vedea că lesiunile pulmonare se produc printr'un alt mecanism. Pulmonul este comprimat de pereţii toracici, cari în momentul când sufăr strivirea, se deformează, se apropie unul de altul diminuând capacitatea cavităţei toracice.

Elasticitatea toracelui, mai ales la indivizii tineri, a căror cartilagi costale au rămas elastice, este mult mai mare de cât se crede în general. Elasticitatea este astfel încât compresia toracelui poate fi dusă până la ruptura cordului în două bucăţi, sau se rupe profund un pulmon, fără ca coastele să se fractureze. Totuşi se înţelegè că dacă strivirea

a produs în acelaş timp fractura uneia sau mai multor coaste, depresiunea momentană a toracelui, poate fi mult mai considerabilă şi lesiunile pulmonului şi mai profunde şi mai întinse.

In adevăr, în astfel de cazuri se observă adesea rupturi multiple ale pulmonului, hemoragii sub-pleurale, hemoragii profunde diseminate aproape peste tot, şi câte odată plăci de emfisem mai mult sau mai puţin numeroase şi mari bule de gaz sub-pleural. Când aceste diverse lesiuni sunt foarte întinse ocupând părţile profunde ca şi cele periferice, pulmonul striviţilor ajunge a semăna mult cu acela al indivizilor căzuţi dela înălţime. In adevăr în pulmonul striviţilor s'a produs la un moment dat, sub influenţa compresiei brusce şi violente a anumitor regiuni, o alungare enormă de sânge şi de aer, care nu poate eşi repede pe căile naturale, şi atunci se rup pereţii. Mecanismul invocat relativ la comoţie ar intra şi aci în joc şi ar adăuga efectele sale la acela al compresiei directe pe peretele toracic.

Rămâne acuma de a mai descri acţiunea contusiilor asupra unei porţiuni limitate şi puţin întinse a toracelui, adică rănirile cari se întâlnesc deasemeni des în câmpul muncei. In acest caz lesiunea pulmonului se găseşte de obiceiu la nivelul contusiei exterioare, însă nu este totdeauna la suprafaţa pulmonului, ea poate fi mai mult sau mai puţin profundă, şi poate produce contusii ale pulmonului mai mult sau mai puţin grave, coastele rămânând intacte. La răniţii din acest caz, dacă supravieţuesc, ascultaţia şi percuţia toracelui, arată foarte adesea semnele contusiei pulmonare, chiar la nivelul traumatismului cutiei toracice. Aceste semne în adevăr nu sunt totdeauna din cele mai nete şi nici localizate în chipul cel mai strict. Ele consistă çel mai adesea în raluri umede şi fine cari sunt datorite poate mai puţin revărsărei sanguine intra pulmonare, decât zonei de congestie şi de edem care înconjura lesiunea traumatică. Insă corespondenţa cu contusiunea toracică este mai totdeauna foarte exactă. Sunt alte cazuri unde ascultaţia şi percuţia nu decelează nici raluri, nici matitate, nici supresia murmurului respirator, cu toate că rănitul continuă a scuipa

puţin sânge timp de mai multe zile, câte odată chiar săptămâni. Este deci probabil că focarul contusiei îşi are atunci sediul într'o parte profundă a pulmonului. Aceste contusii profunde s'ar produce chiar în urma unui şoc asupra unui punct restrâns al toracelui. Jobert de Lamballe a distins trei grade în lesiunile pulmonului prin contusie;

In primul grad. e o echimosă superficială. La punctul lezat se găsesc bosse sanguine, închizând sânge mai mult sau mai puţin negru. Caracter foarte important în medicina legală, congulaţia sângelui atestând ca contusia a fost făcută în timpul vieţei.

In al 2-lea grad, ramuscule arteriale, venoase şi bronchice, sunt rupte şi se găsesc nuclei apoplectiformi; împrejurul nucleuiui, e o zonă de infiltraţie foarte marcată. Ansamblul lesiunei are aspectul focarelor de apoplexiè, descrise de Laenec, însă mai puţin net delimitate.

In al 3-lea grad, este ruptura pleurei şi a pulmonului în unul sau mai multe locuri; se produce în cavitatea pleurală o revărsare de sânge, aerul pătrunde de asemeni şi se produce un hemopneumotorax. In acest caz se constata adesea un emfisem subcutanat, aerul trece prin mediastin şi invadează ţesutul celular al gâtului l când contusia e pe o suprafaţă mare, lesiunile sunt foarte întinse şi grave.

Simptomatologie şi Diagnostic.

Din punct de vedere simptomatic, Dupley, a distins 2 forme: De obiceiu, fie printr'o emoţie vie, fie printr'un şoc pleural, bolnavul suferă o sincopă; faţa este palidă şi adesea acoperită de sudoare, buzele livide; dispnee intensă. Foarte adesea, mici accese de tuse se produc după accident, însoţit de o expectoraţie sângerândă, a cărei abundenţă este variabilă după volumul arteriolelor pulmonare interesate. Existenţa emfisemului se manifestă sub forma unei tumefacţii suple, sonoră la percuţie, fără schimbarea de culoare a pielei. Dacă se deprimă încet cu vârful degetelor, avem senzaţia de strivire a mici bule de aer, urechea percepând

un sgomot sec şi fin crepitant: e crepitatia gazoasă foarte comparabilă ca senzaţie, crepitaţiei pneumonice.

In general, accidentele imediate cari au un mic raport cu revărsările de lichid şi depinzând de şocul traumatic, se calmează cu morfină şi ventuse şi din primele ore dispneea diminuă şi respiraţia se regulează.

Mai târziu fenomenele de compresie apar cu mai multă claritate: dacă revărsarea sanguină este mare, acalmia nu durează sau chiar nu se manifestă; opresiunea creşte, respiraţia este scurtă, greoaie şi frecventă; auxietatea şi agitaţia sunt continui; paloarea, micimea pulsului. tendinţa la sincope revelează persistenţa hemoragiei. Semnele fisice sunt acele ale unei revărsări intra-pleurale; matitate la bază, matitate a cărei linie de nivel, se deplasează mai rar decât în pleureziile obicinuite prin schimbările de atitudine ale rănitului; absenţa murmurului vesicular în toată zona mată; suflu care ia câte odată tipul amforic; egofonia este rară prin această revărsare deasă.

Intrarea aerului în pleură dă loc la semne care sunt acele ale unui hemo-pneumotorax: resonanţă timpanică deasupra părţei mate; coborârea ficatului; suflu amfonic; sgomot metalic: sgomot de sucusiune hipocritică; sgomot de metal perceput de urechea aplicată pe torace, în timp ce într'un punct opus, se percută doi bani de aramă dln cari unul e aplicat pe peretele costal.

In forma gravă, moartea este foarte rapidă, câte odată imedtată. E aproape totdeauna o sincopă, pe urmă dispnee care se ridică rapid până la 50 respiraţii pe minut; hemoptisii semnele unei violente hemoragii inlerne; extremităţile sunt reci, puls frecvent mic şi depresibil; vorba scurtă şi sacadată. La ascultaţie se constată prezenţa unui hemopneumotorax. Când s'a produs o ruptură centrală se găsesc semne cavitare, suflu şi gerguiment. Hemoptisia arată existenţa unei lesiuni pulmonare, însă poate exista lesiune chiar întinsă a pulmonului fără hemoptisie. Hemoptisia poate fi tardivă şi să nu apară decât a doua zi sau chiar la 3 şi 6 zile după traumatism. In ceia ce priveşte durata sa este foarte variabilă, poate fi chiar nedefinită. In acest caz e lo-

cul să ne întrebăm dacă țesutul pulmonar e indemn de tuberculosă. Insă dacă, revărsarea a suferit o inoculare, semnele infecției fac loc celor de compresiune. Când temperatura se ridică la 39·5, 40_0 și mai sus, survenind frisoane, opresiunea accentuându-se tegumentele iau o culoare subictierică, dispnea devenind mai vie, când semnele locale se augmentează — matitate și impermeabilitate pulmonară—prin adăugarea unei revărsări seroase inflamatorii la revărsarea sanguină, atunci hemotoraxul este infectat. Dela apariția acestor simptome febrile, trebue practicată cultura lichidului pleural, pentru a preciza diagnosticul și de a intervenfără întârziere dacă infecția pleurală s'a realizat.

Complicațiuni

Printre complicațiile cele mai frecvente ale traumatismelor oracice — lesiuni pleuro-pulmonare — putem număra: Pneumonia traumatică, Pleuresiile uscată. sero-fibrinoase, purulentă, tuberculoșa pi urmele traumatismelor toracice (aderențe pleurale, nevralgii, pleurite cronice, bronchite cronice).

Care e mecanismul de producere?

Lesiunea comunică cu bronchiile care conțin câte odată microbi infectoși: *Claise* și *son Besser* au găsit pneumococi paraziți în bronchiile indivizilor sănătoși; chiar ele însuși comunică cu gura și cavitatea nasală, a căror lichide conțin microorganisme septice care pătrun în trachee și bronchii, când sub influența șocului sau unei sincope, rănitul face eforturi de inspirație violentă și încoordonate. Bronchiile au în adevăr un mijloc de apărare, cilii vibratili, însă Strauss a arătat că se poate întâmpla ca această barieră să fie anihilată. In urma unui traumatism al toracelui, funcțiunea cililor vibratili poate dispare ca urmare a supresiunei reflexelor. Când focarul este constituit, e un excelent teren de cultură pentru germenii pneumoniei, supurațiilor, gangrenelor și în special pentru tuberculoză.

Pneumonia traumatică. Cu toate că contusiile traumatice sunt foarte frecvente, pneumoniile traumatice sunt relativ rare, căci nu e deajuns ca să fie un focar de contusie,

Scanned with OKEN Scanner

care să poată fi inoculat, ci trebue ca pe lângă focar să se găsească în bronchii germenii necesari, pneumococul cel mai des, şi câte-odată alţi microbi. Printre cauze predispozante, s'a semnalat *alcoolismul*; nu se ştie precis dacă alcoolicii sunt mai frecvent atinşi decât alţii, însă ceiace este sigur, este că pneumonia traumatică ca şi orice altă pneumonie *este extrem de gravă la ei;* o pneumonie anterioară ar favoriza egal isbucnirea unei pneumonii traumatice; copiii ca şi adulţii sunt expuşi la fel. Traumatismele capabile de a produce o pneumonie sunt în general cele violente: strivire de un mal, tamponare, cădere dela înălţime, lovire cu oiştea trăsurei, lovituri de picior; de multe ori contusia poate fi mai puţin violentă şi să se contracteze o pneumonie. Contusiile cu fractura coastelor sunt un factor mai eticase de pneumonie decât contusiile simple (*Thoinot.* Insă de multe ori traumatismul toracic care a cauzat pneumonia, n'a lăsat nici o urmă exterioară, putându-se produce numai o echimoză profundă.

Thoinot zice: Sediul pneumoniei traumatice în unul sau alt pulmon e determinat de localizarea traumatismului toracic. Tot el face remarca mai precisă că o contusie a vârfului sau bazei dă o pneumonie traumatică a vârfului sau bazei.

Momentul când îucepe pneumonia are o foarte mare importanţă. Ea se anunţă fie prtntr'un mare frisson, fie mai adesea prin apariţie insidioasă a fenomenelur de ascultaţie. Frissonul e considerat de cei mai mulţi autori ca foarte rar în pneumonia traumatică. S'ar observa în 1 din 3 cazuri după Thoinot, adesea invazia pneumoniei este marcată de apariţia gradată a unei indispoziţii, febrei şi tusei.

In ceiace priveşte junghiul, el se confunda cel mai des cu durerea traùmatică. Alte ori, în fine, este scuipatul cu sânge, care atrage atenţia; el poate surveni la timp după traumatism şi să se repete de mai multe ori înaintea apariţie pneumoniei şi în cursul evoluţiei sale, Thoinot. Termenul apariţiei pneumoniei traumatice e în general foarte scurt; ea apare în 48 ore dela traumatism în 2-3 din cazuri şi câte odată chiar în 24 ore. Data cea mai târzie a apariţiei este

a 5-a zi şi Ollive şi Le Meignen zic: „Orice pneumonie care apare după a 5-a zi, nu mai e o pneumonie traumatică".

In perioada de stare, semnele de ascultaţie sunt acelea ale unei pneumonii obicinuite: matitate, suflu, bronchofonie, raluri crepitante etc. Ele pot fi marcate prin sgomote supra-adăugate datorite prezenţei emfisemului, revărsărei pleurale etc. Focarul pneumonier se produce de obiceiu în locul chiar unde a fost traumatismul şi constatarea acestei superposiţii, are se înţelege o foarte mare importanţă în interpretarea cauzalităţei traumatice. Espectoraţia este câte odată pătată ca în pneumonia obicinuită însă foarte des este sângerândă. In ceia ce priveşte coloraţia în zeamă de prune, are aceiaşi semnificaţie gravă ca în pneumonia netraumatică, ea este indiciul trecerei la supuraţie, care e frecventă în pneumonia traumatică. In fine expectoraţis lipseşte de multé ori. Mersul temperaturei este identic ca acela din pneumonia obicinuită şi aci ridicarea temperaturei — termometrică—este proporţională cu gravitatea pneumoniei afară de cazurile la bătrâni. Invadarea pulmonului de partea opusă e în particular frecventă în pneumonia traumctică, şi câte odată se constată că lesiunile sunt aproape în acelaş stadiu pe ambii pulmoni, încât s'ar părea că pneumonia a început odată în ambele părţi. De altfel focarul primitiv are adesea o extensie mai rapidă şi mai întinsă.

Durata pneumoniei traumatice variază după modul de terminare: dacă ea se vindecă, după Thoinol, în apariţia sa între câteva zile şi 3 săptămâni.

Gravitatea pneumoniei traumatice a fost divers interpretată: vechii autori, isbiţi fără îndoială de unele forme uşoare, considerau pneumonia traumatică ca benignă; însă statisticile lui Thoinot, Lesendé şi Urmés, au arătat că mortalitatea e de 33—35% în loc de 25% ca în cele obicinuite.

Tot în cadrul pneumoniei traumatice mai putem pune şi următorul caz, că o pneumonie obicinuită poate surveni la un alcoolic, bătrân, diabetic, etc. cu ocazia unui traumatism oarecare. Legislaţia actuală tinde a nu ţine nici un compt de chestiunea terenului şi predispoziţiilor anterioare, însă sunt cazuri în care traumatismul a fost atât de minim faţă

de gravitatea pneumoniei survenite într'un organism cu totul preparat anterior, încât ar fi foarte greu de a nu ţine compt de predispoziţie.

Toate complicaţiunile pot fi mai grave la alcoolici, cari deseori mor prin *delirium tremens.*

Interpretarea pneumoniei traumatice în accidentele de muncă.

De cele mai multe ori expertul nu intervine decât după fapte, fie că rănitul s'a vindecat fie că a murit, din cauza unei pneumonii survenite după un accident de muncă. Pentru a stabili relaţiile de cauză la efect să examinăm următoarele puncte:

1) *Pneumonia n'a existat înaintea traumatismului?*

In acest caz un interogatoriu bine condus ne va îndruma pe adevărata cale.

2) *Pneumonia care a urmat accidentului a fost în adevăr datorită lui?*

In acest caz după Thoinot trebue să ţinem seamă de următoarele 3 consideraţiuni:

a) *Momentul apariţiei pneumoniei dupa traumatism.* Thoinot considerând ca imposibilă o dată matematică, consideră o pneumonie apărută în timp de 24 ore dela traumatism ca probabilă şi respinge originea traumatică a unei pneumonit survenite mai târziu de 8 zile dela accident.

b) *localizarea pneumoniei.*

De data aceasta trebue să avem în vedere toate datele expuse mai sus şi să ţinem seamă de posibilitatea unei pneumonii a pulmonului netraumatizat şi chiar de predominenţă de această parte.

c) *Caracterul pneumoniei traumatice.*

Caractere ce rezultă din coincidenţă cu lesiunea traumatică a pereţilor, echimose şi fracturi de coaste: hemoptisia precoce după contusia toracică, caracterul sanglant al scuipatului în timpul evoluţiei pneumoniei şi de echimosele pleurale pe cadavru. Thornot.

Pleurezii

Pleura prin situaţia sa anatomică este mai expusă decât pulmonul a suferi efectele traumatismelor în cursul acci-

dentelor de muncă. Ea poate fi lezată singură sau împreună cu fulmonul subjacent. De altă parte pentru pleureziile traumatice mai mult decât pentru pneumoniile de aceiaşi natură, relaţiile cu tuberculosa pun expertului o problemă din sele mai delicate. De multe ori sechelele pleuresiilor aduc deformaţii indelebile, cari pun chestiunea proporţiei incapacităţei parţiale şi permanente, lucru care este mult mai rar în pneumoni.

Pleurezia uscată

Când pleuresia uscată survine brusc fără a fi consecutivă unei revărsări pleurale, ea apare în punctul traumatisat şi nu se întinde mai departe.

Inceputul este foarte rapid după acident. Se manifestă de obiceiu prin durere şi trecături. O reacţiune febrilă mai mult sau mai puţin accentuală poate să apară, însă ea lipseşte foarte des şi totul se limitează la fenomene locale. Constatarea frecăturile pleurale la nivelul punctului tranmatisat, câtva timp după traumatism poate fi observat în absenţa ori cărui alt semn funcţional; se constată la răniţii cari nu se plâng de nici o durere. Insă cazul contrariu e mult mai frecvent. Imobilizarea toracelui de aceiaş parte, poate fi constatată fie la vedere, fie la ascultaţie, fie încă mai bine la radioscopie. Invers durerea poate fi constatată în lipsa oricărei frecături şi va rămâne să distingem această durere a pleuresiei de nevralgia intercostală.

In rezumat:

1) *In prezenţa frecătorilor pleurale consecutive unui traumatism, ne trebui să căutăm dacă ele nu existau înaintea traumatismului, sau dacă nu sunt consecutive unei revărsări pleurale de natură traumatică.*

2) *Când e vorba de un rănit core se plânge de dureri toracice le nivelul regiunei traumatisate, va trebui să căutăm cu grije fracturile pleurale şi să facem diagnosticul cu nevralgia şi nevrita traumatică şi în fine cu topoalgia hyslero - neurastenică.*

Scanned with OKEN Scanner

Pleuresii Sero-fibrinoase.

Pleuresiile cu lichid survin în urma traumatismelor toracice din cele mai variabile; fie că a fost fractura uneia sau mai multor coaste, fie că a fost mai întâiu o revărsare sanguină în pleură sau contusie pulmonară, după cum mărturisesc hemoptisiile survenite după traumatism şi fie că survin în urma unei contusii superficiale. Debutul pleuresiei este rar prevăzut; după Vibert este de la câteva zile până la câteva luni după accident că apar primele semne. Thoinot spune că termenul nu trebue să treacă de 12 zile. Nu trebue confundat începutul pleuresiei cu sêmnele contusiei pulmonare care survin imediat traumatismului, şi care sunt constituite de junghiu, dispnée şi hemoptisie, a căror semnificaţie nu trebue să fie exagerată, aci fiind pur mecanică.

Debutul poate fi acut şi să se manifeste prin semnele obicinuite ale pleuresiei à frigore: frisson, junghiu, febră, tuse uscată şi chintoasă. Alteori debutul este din contră insidios şi nu se traduce decât prin indisposiţie vagă, tuse, puţină opresiune, jenă în respiraţie, puţin fisson, semne care persistă până în ziua când se constată existenţa unui lichid.

Semnele revărsărei, deasemenea şi evoluţia pleuresiei traumatice nu presintă nimic particular şi seamănă din toate punctele cu acelea ale unor pleuresii sero-fibrinoase obicinuite.

Evoluţiei pleuresiei traumatice nu presintă nimic special, însă trebue să ţinem seamă de urmările pleuresiei, cari pot fi sau lesiuni locale, fie o evoluţie tuberculoasă totdeauna de temut. Natura tuberculoasă a pleurasiei sero-fibrinoase.

Această natură tuberculoasă nu resultă totdeauna din antecedentele hereditare sau personale ale sinistratului. In adevăr, individul atins de pleuresie sero-fibrinoasă tuberculoasă traumatică se poate să nu fi avut nici un antecedent hereditar şi personal suspect şi să presinte toate aparenţele unei sănătăţi normale. Insă de foarte multe ori e vorba de indivizi cu origină tuberculoasă sau având antecedente personale indicând o ţară tuberculoasă. Faptelé acestea sunt bine admise astăzi şi putem spune la fel cu *Vibert*:

„Pleuresia sero fibrinoasă traumatică este o pleurezie tu-

berculoasă". Acum se pun din punct de vedere al medicinei accidentelor de muncă, chestiunile următoare:

a) *Traumatizmul nu are decât un rol revelator?*

S'ar putea susţine că şocul primit n'a făcut decât să mobilizeze bacilii cari existau la individ în stare latentă, şi să facă să isbucnească o tuberculoză pleurală. Când traumatizmul a survenit la un individ sănătos în aparenţă, când traumatizmul a fost direct pe torace, când ascultaţia nu demonstra nici o leziune bacilară pulmonară subjacentă, traumatizmul trebue considerat ca o cauză reală a pleureziei, care nu s'ar fi produs fără el. Din contră, când traumatizmul e la distanţă, se poate admite că accidentul a demascat numai o pleurezie tuberculoasă şi fără să conchidem la o simplă coincidenţă, medicul expert va trebui să atenueze mult rolul etiologic al accidentului, Forgue et Jeanbrau.

b) *Natura tuberculoasă a pleureziei traumatice comportă ea fatal o evoluţie către tukerculoza constituită?*

In foarte multe cazuri pleurezia traumatică seroasă evoluiază într'un chip acut şi rapid către vindecare, alte ori urmează un mers lent subacut; necesitând mai multe punctiuni şi nu e o regulă generală că individul eşit sănătos vindecat de pleuresie va deveni tuberculos, totuşi de multe ori se vede evoluând o tuberculosă pulmonară.

De unde după Imbert—Oddo—Chavernag — putem trage următoarele conclusiuni;

1. *O pleuresie sero-fibrinoasă traumatică produsă de un traumatism toracic direct, la un individ indemn de antecedente hereditare şi personale, cu toate că pleuresia e pe natură tuberculoasă, trebue să fie ataşate accidentului de muncă.*

2. *In caz de traumatism indirect sau în urma unui efort şi când existau lesiuni tuberculoase anterioare, medicul expert, va trebui să facă cuvenitele reserve şi să atenueze rolul etiologic al accidentului.*

3. *In toate lesiunile de pleuresie sero-fibrinoase traumatică, oricât de favorabilă ar fi evoluţia, medicul expert va trebui să facă rezerve relativ la o evoluţie tuberculoasă ulterioară şi va trebui să ceară revizuirea în termenul legal de ani.*

Pleurezii purulente

Pleuresia purulentă poate să se producă în condiţii cu totul diferite în urma traumatismului.

1. Ea poate fi produsă de o plagă penetrantă a pieptului determinând o infecţie a pleurei.

2. Ea poate fi consecutivă gravelor lesiuni pulmonare de origină traumatică ele însuşi' astfel ca o gangrenă pulmonară, o pneumonie traumatică care ar fi trecut la supuraţie.

3. Ea poate fi consecutiv unei pleuresii seroase.

4. Ea poate fi primitivă şi să rămâe iimitată.

5. Ea poate fi precedată sau urmată de infecţie purulentă a altor organe ca în cazul lui Vibert, în care în urma unei fracturi a coastelor a survenit o pleuresie purulentă dublă, pe urmă o pneumonie de partea opusă şi o pericardită supurată.

De altfel nu e todeauna uşor de a distinge o pleuresie primitivă şi secundară, şi mediul expert, va trebui să facă totdeauna rezervele sale, însă faptul important e de a stabili relaţia între pleuresia purulentă şi traumatism. Este evidentă când accidentele pleurale cu un debut grav puţin timp după traumatism; nu este la fel când debutul a fost insidios şi când rănitul a rămas mult timp fără să fie ascultat, putând fi deturnată atenţia medicului de un traumatism mai grav, şi să lase pe planul al 2-lea traumatismul toracic şi pleuresia purulentă determinată.

Lesiuni consecutive traumatismelor toracelui.

Contusia toracică putând determina fracturi costale multiple, şi acestea consolidate să ne dea o deformaţie indelebilă a cutiei toracice, alte ori şi cel mai frecvent sunt lesiunile pleurale care lasă după ele deformaţii întinse.

In cazurile de pleuresie purulentă cari au necesitat o toracotomie, resecţia costală ar fi putut într'o măsură largă să remedieze deformaţia toracică, însă nu e totdeauna astfel şi retracţia peretelui ar duce la o scolioză, mai mult sau mai puţin accentuată, putând provoca o jenă marcantă în meseriile de forţă, în dosul greutăţilor etc.

Simfisa pleurală în afara pleuresiei purulente, se asociază

adesea de sclerosă pulmonară pleurogenă, şi-n acest caz deformaţiilor toracice vin să se adauge turburări respiratorii şi circulatorii, nu numai definitive, însă cel mai adesea progresive; ori încapacitatea parţială constatată în momentul expertisei să evolueze către încapacitate permanentă totală; sunt eventualităţi pe cari medicul expert nu trebue să le scape din vedere.

Insă e o altă eventualitate care poate întuneca pronosticul pleuresiilor traumatice. este evoluţia unei tuberculese pulmonare.

Tuberculosa pulmonară.

O chestiune atât de complexă ca aceia a relaţiilor tuberculosei pulmonare şi a accidentelor de muncă trebue privită succesiv în modul următor:

1) *Faptele generale pe cari ştiinţa le posedă asupra rolului traumatismului în evolutia tuberculosei în general.*

2) *Relaţiile traumatismului şi tuberculosei pulmonare.*

3) *Aplicaţiile acestor fapte la accidentele de muncă.*

In toate cazurile de contusie ale pulmonului pe care le-am vazut până aci, noi am considerat totdeauna că traumatismul lovind un organ sănătos, ar provoca o ruptură de vesicule, cu formaţia unui nucleu sanguin, care ar putea fi însămânţat fie de pneumacoci fie mai rar de streptococi.

Insă ce se întâmplă când paremhimul pulmonar a fost lezat şi conţine tuberculi?.

Când paremhimul pulmonar este tuberculizat, se înţelege foarte uşor că focarul contusiei va fi însămânţat de către bacili. Se mai ştie că un pulmon în care se găseşte ţesut indurat de lesiuni tuberculoase se rupe mai uşor ca un ţesut sănătos şi elastic. Toţi sunt de aceiaşi părere şi admit egal ca o contusie pulmonară la un om îndemn de orice tuberculosă nu dă naştere la tuberculi.

După distincţia foarte judicioasă a lui Jeanbrau, traumatismul poate revela o tuberculosă latentă, poate agrava o tuberculosă anterioară şi poate localiza o tuberculosă distentă.

Rolul revelator al traumatismului.

Cazul cel mai obicinuit, în care embolia bacilară plecată

din focarul original se fixează în punctele unde o chiamă şi opreşte o stasă senguină permanentă sau prelungită, fisiologică sau morbidă. „Traumatismul nu este decât agentul révelator al unei lesiuni locale preexistente latente, care ar fi putut isbucni fără intervenţia sa, însă caré deasemeni ar fi putut rămâne latentă şi să se vindece, dacă nici o cauză extimsecă nu i-ar fi redeşteptat activitatea — Mosnv.

Rolul agravant al traumatismului.

E vorba de lesiuni de obiceiu torpide cari în urma unei contusiuni activează evoluţia lor şi determină o supuraţie rapidă: ceia ce se întâmplă la coxalgici cari fac un puseu rapid acut în arma unei căderi.

Rolul simplu localizator al traumatismului

Traumatismele, fracturile sau luxaţiile la tuberculoşii averaţi nu determină decât rar o tuberculosă locală: e demonstrat că bacilemia nu se întâlneşte la ftisici decât în cursul puseurilor febrile, criselor dispepsice, artralgiilor. Faptul e deci rar şi nu s'ar întâlni după Mosny, decât când e vorba de un traumatism grav, complicat de plăgi, fracturi, lucsaţii, când tuberculosa isbucneşte mai mult sau mai puţin târziu după intervenţia traumatismului, şi când ea apare la tuberculoşi atinşi de lesiuni pulmonare în plină activitate de evoluţie, condiţii cari se găsesc mai rar reunite.

Mai e o eventualitate posibilă, contaminarea prin tuberculizare secundară a unei lesiuni traumatice: cum ar fi de exemplu, artrisele traumatice cronice care devin fonguoase după o perioadă lungă.

Traumatism şi tuberculoză pleuro-pulmonară.

Contusiile toracice au aproape totdeaune o influenţă profundă imediată sau rapidă asupra evoluţiei lesiunilor tuberculoase pleuro-pulmonare, căci atunci, în adevăr, traumatismul lucrează direct asupra focarului tuberculos original; fără să putem prevedea unde se va opri impulsia dată de traumatism acestor lesiuni pleuro-pulmonare, care câte odată se întind şi se generalizează cu o rapiditate uimitoare.

Se pot împărţi cazurile de tuberculoză traumatică în două

categorii, după cum individul a fost socotit ca sănătos înaintea accidentului sau că traumatismul a survenit la un tuberculos învetorat.

Tuberculoza pleuro-pulmonară traumatică la un individ socotit sănătos. După cum s'a observat până acum, printr'o hemoptisie subită în general se anunţă imediat începutul aparent al tuberculozei după traumatism.

In adevăr, ruperea pulmonului de către coastele fracturate poate să dea loc la apariţia câtorva espectoraţii sanguinolente, espectoraţie hemoptisică totdeauna puţin abundenţă, foarte puţin gravă, care se asociază de obiceiu de edem sub-cutan al peretelui toracic şi chiar de pneumotorax. Insă această expectoraţie sanguinolentă nu poate de fel să se impue ca o hemoptisie de origină tuberculoasă, şi trebue numai atunci să ne gândim la tuberculoasă, când după un traumatism survine o expectoraţie hemoptisică oarecum prelungită.

Tuberculosa traumatică forma pneumonică şi broncho-pneumanică.

Când în urma unui traumatism toracic un rănit e atins de pneumonie care îndată ajunge la tuberculosă se admitea nu de mult timp că pneumonia traumatică era intermediarul între traumatism şi infecţia tuberculoasă. — Jaccoud.

„Thomas Harris era de părere că în acest caz lesiunea intermediară era o pachypleurită hemoragică; pentru alţii spleno-pneumonie sau bronch-o pneumonie.

Autorii moderni admit că lesiunea pulmonară este tuberculoasă d'emblée. Cel mai adesea în adevăr, o hemoptisie marchiază debutul procesului şi această hemoptisie am văzut, nu e consecinţa mecanică a traumatismului, ci o manifestaţie tuberculoasă.

Dar Mosny zice: „în nici un caz traumatismul n-a creat tuberculosa; în nici un caz el n'a preparat terenul la grefa tuberculosei, mulţumită intermediul unei pleuresii simple el a revelat numai existenţa unei tuberculose latente. El i-a revelat presenţa pentrucă i-a redeşteptat activitatea, şi se înţelege astfel cât a fost de funestă intervenţia sa, căci fără ea tuberculosa ar fi putut rămâne îndefinit latentă sau definitiv vindecată.“

Influența traumatismului asupra unei tuberculoase anterioare

Un individ net tuberculos pulmonar, primește o lovitură asupra unei articulații, traumatismul determină o artrită sau o osteită tuberculoasă și printr'un șoc en retour, tuberculosa pulmonară suferă o agravare mai mult sau mai puțin considerabilă. Acțiunea traumatismului este mult mai directă când ea e dusă asupra toracelui, determinând lesiuni ale peretelui sau o simplă contusie, putând avea răsunet asupra părților subjacente pe cale de tuberculizare: fie că se produce sau nu un raptus hemoragic, o simplă contusie pulmonară, o pneumonie sau broncho-pneumonie, un puseu plural, resultatul este agravarea rapidă a lesiunilor anterioare; evoluând mai mult sau mai puțin către cazeificare, extensie în suprefața și profunzime, extensie de partea opusă și într'un mare număr de cazuri o pleurésie simplă sau supurată.

Astfel că putem considera 3 categorii de cazuri în ceia ce privește agravarea traumatică a unei tuberculose anterioare.

1. *Acțiunea directă a traumatismului asupra unui focar tuberculos mai mult sau mai puțin activ, coxalgie, tuberculosă pulmonară etc.* Traumatismul în acest caz redeșteaptă activitatea unui focar mai mult sau mai puțin torpid până atunci sau âccelerează o tuberculosă cu mers mai mult sau mai puțin rapid, căreia îi imprimă un mers accelerat.

2. *Acțiunea traumatismului asupra unui punct depărtat la nivelul căreia* determină o grefă tuberculoasă, care poate la rândul ei să aibă răsunet asupra stărei pulmonare a individului, așa că în astfel de caz rolul agravant al traumatismului este dublu, de oarece agravează lesiunéa pulmonară după ce a dat naștere unui focar nou de tuberculosă în punctul traumatisat.

3. *Acțiunea traumatismului asupra stărei generále a individului* și prin aceasta agravarea lesiunilor tuberculosei pulmonare.

Ca concluzii congresul de chirurgie din 1907 a adoptat textul următor:

„Un traumatism fără plagă nu poate crea o tuberculoză locală. Se mulţumeşte a revela sau agrava o leziune bacilară preexistentă în regiunea rănită, sau să localizeze în punctul lovit o tuberculoză în evoluţie sau dormitândă la distanţă. Mai rar dacă individul se contaminează după accident, infecţia putând să se localizeze pe un focar traumatic care a creat o predispoziţie locală".

Pronostic şi tratament.

Leziunile pleuro-pulmonare consecutive traumatismelor toracice, au un pronostic grav şi sunt urmate în majoritatea cazurilor de moarte din cauza accidentelor imediate la care dau naştere. Chiar şi la acei indivizi la cari traumatizmul toracic nu este urmată de moarte imediate pronosticul este rezervat din cauza accidentelor tardive, mai sus enunţate, şi astfel că avem un pronostic foarte variat şi destul de complicat. Pronosticul contusiunilor toracice la un muncitor este mult mai grav. In lipsa unui ajutor imediat el este supus la complicaţiuni grave, care de cele mai multe ori îi sunt fatale, chiar în lesiunile simple unde vindecarea este de regulă atunci când ea este îngrijită imediat. In altă ordine de idei un muncitor care a scăpat de accidentele imediate rămâne vecinic expus accidentelor tardive, accidente ce cu timpul îi aduc o invaliditate complectă.

In ceiace priscşte tratamentul putem distinge 2 cazuri:

1) *Cazuri uşoare şi mijlocii:* orificiul de intrare este mic, traectul sinuos, pleura nu comunică larg cu aerul dela exterior; să desinfectăm plaga parietală printr'un badigeonaj cu tinctură de iod, Să facem oclusia orificiului sau orficiilor printr'un pansament des aseptic, să imobilizăm bolnavul în poziţie pe jumătate şezândă, să nu-l deplasăm, să calmăm dispneea şi anxietatea respiratorie prin morfină, să susţinem inima prin ulei camforat şi sparteină, să combatem şocul prin injecţii cu ser. Acestea sunt regulele unui bun tratament şi puţin câte puţin dispar simptomele alarmane din primele ore, faţa se colorează, extremităţile se încălzesc, respiraţia se regulează şi se amplifică, pulsul îşi revine, hemoptisia se opreşte, temperatura revine în câteva zile la normal,

Scanned with OKEN Scanner

hemotoraxul este puţin abundent şi se resoarbe în 3—4 săptămâni.

2. *Cazuri complicate.* — In cazurile de torax deschis, unde lărgimea comunicaţiei pleurale cu exteriorul crează un factor de gravitate d'emblée, închiderea imediată a pleurei s'a dovedit ca practica cea mai salutară. Astfel toraxul deschis e transformat într'un torax închis, traumatopnea şi hemoragia exterioară sunt suprimate.

Nu trebue făcută numai o simplă sutură cutantă, trebue mai întâi să curăţim traectul; să resecăm rămăşiţele să excizăm marginele plăgei. Un pneumotorax sufocant—o Soupape unde aerul se acumulează, fără eşire cu mare tensiune, progresivă, face câte odată necesar evacuarea prin puncţie. Insă abundenţa hemoragiei şi hyper-presiunea hemotoraxului, crează indicaţii operatorii urgente. Hemoragia fiind de origină pulmonară, hemostasă directă prin toracotonie largă este singura salvare, şi cu toată mortalitatea ei ridicată, nu e oplicabilă decât plăgilor periferice, taugenţiale ale lobilor.

In cazurile de hemotrax de abundenţă mijlocie la care abundenţa ei este mărită fie de noi hemoragii, fie că masa lichidului se măreşte cu exudatul reacţiei inflamatorii pleurale — prin accidentele compresive pe cari le desvoltă sau prin întârzierea résorbţiei, să creeze o indicaţie de intervenţie, în acest caz dacă hemotoraxul a rămas aseptic, toracotomia este evitabilă şi o serie de aspiratrice puncţiuní gradate şi incomplecie sunt suficiente. Daca hemotoraxul este infectat—febră cu marioscilaţii, tachycardie, slâbire rapidă, alteraţie bravă a stărei generale—o pleurotomie largă posterioară cu drenaj la punctul decliv se impune, fără întârziere pentru a evacua supuraţia pleurală. Aceste hemotoraxe infectate au o gravitete particulară: viodecarea lor este lentă, întretăiată de recidive febrile, adesea complicată de fistulizări.

Evaluarea incapacităţii de muncă consecutiv traumatismelor pleuro-pulmonare

Kauffman propune când fractura coastelor este însoţită de leziuni pleuro-pulmonare să acordăm o rentă provizorie până la prima revi-

zuire între 30%—60% pe timp de un an. In Franţa legislaţia muncii, prevede o rentă mai mică însă de durată mai lungă decât în Germania. Există de multe ori disproporţie între leziunile obiectrive şi fenomenele subiective. In asemenea cazuri accidentatul trebue pus sub observaţie, de oarece este greu să ne pronunţăm imediat. Altă dată se întâmplă că leziunile la început sunt minime, iar pe urmă se agravează. Imbert propune că în cazul unui traumatizm toracic, expertul să formeze rezerve relativ la agravarea posibilă a leziunilor fizice şi a turburărilor funcţionale, care pot rămâne definitive şi sunt susceptibile de a se agrava ulterior. In caz de deces se acordă soţiei o pensie de 1/5 din salariul asigurat, tot la fel pentru copilul mai mic de 16 ani.

Observaţiunile d-lui Conf. Dr. Poenaru-Căplescu relative la protecţiunea muncei şi la măsurile de prevenirea accidentelor.

Asociaţia patronală care are atribuţiunea cea mai importantă în prevenirea accidentelor, a publicat în anul 1915 prescripţiunile generale şi speciale pentru prevenirea accidentelor. Dar cu toate că aceste măsuri sunt foarte bine redactate şi grupate pe diferite industrii, în cari riscul profesional e mai evident, patronii le ignorează cu totul şi nu le aplică din lipsă de sancţiuni. Patronii sunt datori ca să pună la vedere în ateliere afişele cu măsurile pentru prevenirea accidentelor, cu toate acestea în atelidre nu se aplică această măsură, atât de importantă şi utilă.

Trebuesc aplicate sancţiuni foarte severe în viitor acestor patroni recalcitranţi cari contribuesc la înmulţirea accidentelor de multe ori grave şi chiar mortale, în loc să caute a le evita pe cât posibil.

Pe de altă parte ar fi de dorit ca Ministerul Muncei, să introducă în program pe cale de regulament, în toate şcolile de meserii, obligaţiunea ca oricare absolvent al unei şcoli să cunoască riscul profesional al meseriei pe care a învăţat-o. Azi meseriaşii nu cunosc pericolele profesiunei lor.

Ministerul muncii. Casa centrală a asigurărilor sociale. Asociaţia patronală. Serviciul technic al preveniri accidentelor. Instrucţiuni generale date lucrătorului din fabrici pentru paza împotriva accidentelor.

§. 1. Fiecare meşter şi lucrător are datoric de a atrage luarea aminte a celor puşi sub supravegherea sa, sau date lui ca ajntoare, asupra primejdiilor la care sunt expuşi în îndeplinirea ocupaţiunilor lor, precum şi de a supfaveghia dacă ei urmează instrucţiunile prescrise.

§. 2. Inainte de întrebuinţarea ori cărei unelte. maşini sau părţi de maşini, lucrătorul este dator a se încredinţa dacă acestea şi aparatele de prevenire cu care ar fi prevăzute sunt în bună stare de funcţionare, în caz contrariu trebue să înlăture neajunsul său să reclame superiorului.

Scanned with OKEN Scanner

§ 3. Aparatele de prevenire nu pot fi îndepărtate dela locul lor, decât în cazuri de forţă majoră şi numai atâta timp cât este nevoe pentru a înlătura neajunsul care a pricinuit înlăturarea lor. In nici un caz nu poate fi înlăturat aparatul de prevenire decât numai după ce şeful răspunzător a fost avizat şi el a dat încuviinţarea sa.

§ 4. Lucrătorii nu trebue să circule, decât numai pe drumurile, intrărilor şi eşirilor anume orânduite pentru aceasta. In încăperi cu intrare oprită nu trebue să intre decât cei în drept. Staţionarea fără de rost prin ateliere este oprită în genere lucrătorilor. Mai cu seamă ei n'au voe să staţioneze fără anumită însărcinare, sub elevatoarele în funcţiune.

§ 5. Spaţiurile din atelierele care servesc lucrătorilor drept drum de circulaţie, nu trebue, sub nici un cuvânt strâmtate sau întrebuinţate la îngrămădirea sau depozitarea de material lucrat sau nelucrat. Aceasta ar putea fi îngăduită numai în cazuri rare de forţă majoră şi pe timp scurt dictat de vre-o împrejurare deosebită.

§ 6. In încăperile cari nu pot fi luminate decât conform prercripţiunilbr numai cu lămpi de siguranţă este cu totul oprit fumatul, aprinsul chibritelor, deschiderea lămpilor sau întrebuinţarea amnarelor sau a brichetelor.

§ 7. In încăperi în cari se găseso grogi, canale, rezervoare sau alte adâncituri, a căror intrare este la nivelul solului, prin urmare sunt de natură a provoca vre-un accident şi care nu sunt prevăzute cu balustrade sau bariere de protectie, lucrătorul, nu trebue să intre decât cu lumină purtată de el, afară numai de cazul când se poate lumina localul întreg chiar dela uşa de intrare.

§ 8. Intrarea în încăperi în care se pot strânge gaze otrăvitoare sau ameţitoare, precum şi mânuirea sau curăţirea interiorului vaselor cari conţin astfel de gaze, nu se poate face decât întrebuinţând mijloacele de siguranţă prescrise (măşti respiratorii s. a.) şi întotdeauna sub supravegherea unui alt lucrător, care să poată în caz de nevoe să dea ajutor.

§ 9. Este strict oprit lucrătorilor de a se coborî în puţuri, haznale, gropi de maşini, etc., fără a avea o cingătoare la care va fi legată o frânghie. Unul sau mai mulţi lucrători vor ţine întinsă frânghia la gura puţului, pentru a putea da ajutor la nevoe.

§ 10. Materialul (câlţi, cârpele, etc.) care a slujit la curăţatul maşinelor, uneltelor, etc., precum şi resturile de fabricaţie care se aprind uşor, nu trebue să fie împrăştiate prin local, ci adunate în cutii anume construite pentru aceasta.

§ 11. La întrebuinţarea scărilor mobile trebuie ca lucrătorul să se încredinţeze dacă acele scări au dispozitivele de siguranţă în contra alunecării sau răsturnării. Pentru ca astfel de scări sunt de obicei prevăzute la partea de sus cu cârlige sau la partea de jos cu colţi, trebuie ca transportarea lor prin ateliere dela un loc la altul, să se facă cu băgare de seamă, pentru a nu se agăţa de vre-o curea de transmisiune sau a răni pe camarazi.

Scanned with OKEN Scanner

§ 12. Este strict oprit lucrătorilor de a se juca, de a face glume în ateliere ori ce fel de act lipsit de seriozitate prin care fie ei, fie alți camarezi ai lor ar putea fi puși în pericol.

§ 13. Nici un lucrător nu trebuie să-si caute de lucru pe lângă mașini sau unelte a căror deservire, întrebuințare sau ingrijire nu o cunoaște pe deplin.

§ 14. Odihnitul sau dormitul prin locuri care prezintă oarecare pericol e interzis.

§ 15. Este interzis lucrătorilor de a îmbrăca, desbrăca sau agăța orice fel de îmbrăcăminte în apropierea mașinelor în mișcare sau a transmisiunilor.

§ 16. Lucrători însărcinați cu supravegherea și deservirea mașinelor trebue să poarte o îmbrăcăminte specială, care să nu se poată îndepărta de corp; îmbrăcămintea lor trebuie să nu aibă nici o parte care să fâlfâie sau să atârne fiind astfel expusă a fi apucată de părțile mișcătoare ale mașinelor sau ale transmisiunilor Asemenea și persoanelor care sunt ocupate cu lucru prin apropierea mașinelor în mișcare le este interzis de a purta o astfel de îmbrăcăminte periculoasă; de asemenea femeilor le este interzisă purtarea părului despletit, a coadelor pe spate sau a panglicelor late în păr.

Legislația asigurărilor sociale la noi 1912

La noi în țară legea pentru organizarea Meseriilor. Creditului și Asiguărilor muncitorești, a fost promulgată în 1924 și de atunci i s'au adus in diferite epoci, câte-va modificări necesare. Iată în rezumat spiritul legii: Meseriașul asigurat care plătește o cotizație săptămânală este îngrijit *în caz de boală* având dreptul la: a) consultații date de medici angajați la Casa Centrală pe lângă corporațiile sau policlinicile lor; b) îngrijirea bolnavului asigurat la domiciliu; c) îngrijirea la spital; d) acordarea gratuită de medicamente, pansamente, etc. Dacă nu poate lucra mai mult de trei zile va primi timp de cel mult 16 săptămâni următorul ajutor; a) dacă are familie, 50% din salariul mijlociu al clasei din care face parte; dacă n'are familie 35%, fie că se îngrijește acasă, fie că este îngrijit la spital. *Asigurarea în contra accidentelor*, privește asoeiația patronală. In caz de accident urmat de o iucapacitate de muncă totală sau parțială temporară sau permanentă, asiguratul primește o rentă pentru invaliditate, în raport cu salariul și gradul invalidității.

Gradul invalidității se evaluiază la serviciul accidentelor de muncă Medical Casei Centrale și medicul asociației patronale stabilesc, în decomun acord, gradul incapacității de muncă rezultat prin accident. In urmă comisia asigurărilor admite renta propusă cu drept de apel din partea muncitorului.

Renta se plătește de asociația patronală. Când turburările funcționale au dispărut și capacitatea de muncă a redevenit normală, renta se suprimă. De aceea în fiecare an se face revizuirea accidentatului, re-

examinându-l spre a vedea care este gradul incapacităţii de muncă ce mai perzistă.

In caz de mutilări ale membrelor, renta rămâne viageră.

In caz de moarte prin accidente, se acordă cheltueli de înmormântare (art. 121) şi o pensie; a) văduvei fără copii, $^1/_5$ din salariul soţului până la moarte sau remăriti; b) pentru fiecare copil până la 16 ani, $^1/_5$ din salariul pe nn an (art. 145). Copii naturali primesc pensia tot ca mai sus în urma morţii prin accident a mamei lor dacă era lucrătoare asigurată (art. 146-147).

In serviciul accidentelor pe muncă în caz de mutilări ale membrelor amputaţiuni ale coapsei, gambei, braţului, antebraţulni, etc., se cere ca asociaţia patronală să acorde proteze şi aparate ortopedice (piloane membre artifiliale, etc.). Asociaţia patronală aprobă în totdeauna procurarea acestor aparate cari se confecţionează după indicaţiile date la serviciul accidentelor de muncă.

Observaţiuni luate dela Institutul medico-legal „Prof. Dr. Mina Minovici".

Cercetări anatomo-patologice făcute în acest institut asupra cadavrelor:

OBS. I. Ion Dicu, 24 ani, muncitor, mort la 16/3/912 prin accident cu sdrobirea toracelui şi fractura coloanei vertebrale, fiind prins între o macara şi un stâlp.

Examen extern: Pe torace o contusie forte cu fractura coastelor 1-7 în dreapta şi stânga, ruptura pulmonului şi cordului, fractura coloanei vertebrale în regiunea cervicală.

OBS. II. Radu Ion, 19 ani, muncitor, mort în ziua de 25/1/919, a fost tamponat pe când împingea nişte vagoane. Hemoragie pulmonară în ambele cavităţi, însoţite de ruperea şi sdrobirea lobului superior şi mijlociu drept precum şi contusionarea feţei supero-laterale a lobului superior stâng. Pe această faţă se găseşte o suprafaţă de 12 cm. în dreptul căreia parenchimul este echimozat. Vasele pulmonare din dreptul sdrobirei sunt rupte, iar în ambele cavităţi pleurale se găseşte cc. 800 cmc³ sânge. Aorta la originea ei este cu totul sdrobite şi desfăcute de inimă. „N. Minovici".

OBS. III. Lenuţa Lixandru, 25 ani, muncitoare, moartă în ziua de 12/7/915. Cădere dela înălţime. In pulmonul din stânga câteva focare hemoragice, pneumonie lobulară confluentă dreaptă cu exudat pleurofibrino-purulent şi false membrane. Coastele intacte. Pleuro-pneumonie lobulară dreaptă,

OBS. IV. G. Ion, 20 ani, muncitor, mort la 24/9/015, s'a răsturnat căruţa cu stâlpi groşi peste el.

Examen extern: Contusie intensă toracică, fracturi costale, emfisem subcutanat, hemoptisie.

Intern. Pulmonii nu sunt bine aeraţi; cel drept prezintă aderenţe posterioare şi laterale. Plămânul drept prezintă în mijlocul perenchimului

său 2 focare hemoragice, iar în cel stâng este mai mult hiperemiat. Marginele anterioare sunt emfisematoase. In dreapta coastele 1-8 sunt fracturate la 1 ctm. în afară de col. vertebrală fracturi complecte şi nedeschise. Capetele se menţin în contact. Ţesutul celular de deasupra mamelelor şi a gâtului se găseşte infiltrat cu gaze. Inima nu prezintă nimic patologic. Stomacul conţine un lichid turbure, cafeniu, ce exală un miros de acreală în care înoată bucăţile de carne. Nu se obsearvă nimic patologic din partea ficatului splinei şi rinichiului. Vezica conţine cc. 200 cmc³ urinând limpede. Intestinele pline cu materii fecale. N. Minovici.

Statistica cadavrelor datorite leziunilor pleuro-pulmonare aduşi în Institutul medico-legal „Prof. Dr. Mina Minovici" din Bucureşti în intervalul 1912—1921 (10 ani).

Anul	Bărbaţi	Femei	Total
1912	3	—	3
1913	2	1	3
1914	4	—	4
1915	3	1	4
1916	2	—	2
1917	2	1	3
1918	3	—	3
1919	2	—	2
1920	3	1	4
1921	2	2	4
Total	26	6	32

CAUZELE MORŢEI	Cazuri
Surpare de mal şi striviri	8
Tamponări	6
Căderi dela înălţime	5
Diverse	13
Total . . .	32

Serviciul accidentelor de muncă. Conf. dr. Poenaru-Căplescu. Casa centrală a asigurărilor sociale.

OBS. I. Dosar 10 + 11/912. Andrei Drăghici, de 45 ani, de meserie dulgher la societatea de ciment Cerna-Vodă, căsătorit, cu 5 copii, voind să ridice în ziua de 1/5 cu macaraua nişte greutăţi, a fost prins de cureaua de transmisiune a unei roţi şi învârtit de 2-3 ori, producându-i contusiuni grave ale organelor interne, fractura coastelor şi sternului cu strivirea pulmonului, sdrobirea ambelor picioare, leziuni cari i-au pricinuit moartea imediată.

Se propune o pensie de 31,10% lunară soţiei şi 62,20% lei lunar pentru copii. Nu s'a făcut nici un apel. Pensia se admite.

OBS. II. Dosar 12/912. Asan Mustafa, de 40 ani, lucrător cu căruţa la cărămidăria Medjidia, căsătorit fără copii. Victima conform actului

medico-legal, a fost lovit de un vagonet în ziua de 11/5 şi a plecat acasă refuzând orice intervenţie medicală; în timpul nopţii sucombă. La examen s'a găsit echimose pe ambele părţi ale toracelui. Coastele 7-8 din dreapta şi 9-10 din stânga fracturate. In cutia toracică, puternică hemoragie cu aderenţă diafragmatică a lobului inferior drept, produse aderenţe de o pleuro-pneumonie de care suferise anterior.

Se propune soţie o pensie de 22 lei lunar, care se admite nefăcându-se nici un apel.

OBS. III. 20+21/913. Aiex. Ion Giurgiureanu, de 43 ani, muncitor cu ziua la societatea forestieră „Tişiţa". căsătorit, cu 3 copii. In ziua de 13/12 tăind un copac în mai multe dimensiuni, copac ce era căzut jos, când a ajuns la rădăcină, victima a crezut că rădăcina e înfiptă în pământ şi la terminarea tăerei în loc să fugă la o parte, rădăcina care era mare s'a mişcat din loc şi a căzut peste victimă la vale, producându-i o contusie violentă a toracelui cu fractura coastelor, şi stivirea masei pulmonare, care i-au prococat moartea după $2^1/_2$ ore.

Se propune soţiei o pensie de 25 lei lunar, iar copiilor 50 lei lunar. Se admite pentru soţie 17.50 lei lunar, iar pentru copii până la majorat 35 lei lunar. Nu s'a mai făcut apel.

OBS. IV. 23/913. Ion Gheorghiu, de 33 anl, muncitor la încărcatul vagoanelor cu coks la uzina de gaz din Galaţi, căsătorit, fără copii, cu mamă văduvă pe care o întreţinea. In ziua de 3/7 pe când lega un vagon cu coks a fost prins între tampoane de un alt vagon care mergea şi strivit în regiunea toracieă. Trimes imediat la spitalul Elisabeta Doamna, sucombă.

Se propune o pensie lunară soţiei de 25,55% lei şi mamei la fel. Nu se face nici un apel. Se admite pensia.

OBS. V. 94-94 bis/913. Manea Stoica, de 42 ani, lucrător la moara Manisalian Giurgiu, căsătorit, cu 5 copii. In ziua de 8/10, pe când lucra la etajul 2-lea al morei, fiind singur, a căzut pe geam afară, unde a fost găsit a doua zi dimineaţa. Transportat la spital, moare după 11 ore, din cauză că prin cădere i s'au fracturat 6 coaste drepte, cu penetraţie în pulmon, hemoragie internă, leziuni renale şi hemoragie craniană.

Se propune soţiei o pensie de 13.10 lei lunar şi pentru copii 26,20% lei lunar care se admite.

OBS. VI. 101/913. Ion Vasilescu, de 18 ani, ajutor de ferar la Creditul petrolifer, atelierul mecanic. Câmpina, necăsătorit. In ziua de 10/8, rupându-se o curea de transmisiune, numitul a primit ordin de a se urca sus, pentru a o pune pe axă şi apoi a da acel capăt afară printr'o tăetură făcută special în perete, ca să fie nituită cureaua. După terminarea acestor lucrări, în loc ca să se dea jos şi să aştepte oprirea maşinei, cum se face de regulă în aceste cazuri, probabil că a vrut să pue cureaua pe axe, ceiace îi este interzis în timpul funcţionărei maşinilor; la un moment dat i-a apucat mâna, care i-a fost ruptă. producându-i leziuni pe torace, cu fractura coastelor 4-5-6 din stânga şi cu emfisem subcutanat în hemitoracele stâng.

Scanned with OKEN Scanner

A fost internat în spital cu o incapacitate de muncă totală de cel puţin o lună. Tratat în spital, rămâne cu o incapacitate evaluată la 75% din valoarea totală a capacităţei de muncă, după certificatul medicului corporaţiei locale, Casa centrală cere o nouă revizuire a lucrătorului. Renta propusă pentru invaliditate de 40 lei lunar la o incapacitate de muncă de 80%, e admise. Accidentatul a făcut apel care s'a respins. Din nou o revizuire la un an după accident, constatându-se incapacitatea de 75%. După 2 ani cere o nouă revizuire a invalidităţei întru cât s'ar fi agravat starea lui şi consiliul în urma raportului Dr. Manolescu din 26/6/915 o respinge ca neîntemeiată cererea lui. Contra hotărârei, accidentatul face din nou apel care se respinge ca tardiv.

OBS. VII. 136/913. Nae Băncilă de 40 ani, vătaf la administraţia „Domeniului Hălăuceşti" fabrica de zahăr Roman, căsătorit cu 5 copii. In ziua de 28/7 la mutarea unei garnituri de treerat, dânsul supraveghia transportul maşinilor. In timpul mersului aşezându-se pe protapul batozei şi-a pierdut echilibrul, a căzut jos şi o roată a batosei i-a trecut peste torace. Moartea a fost instantanee. Se propune o pensie soţiei de 25.90% lei lunar şi copiilor 51.80% lei lunar, total 77.70% lunar care se admite fără apel.

OBS. VIII. 204/913. Chiriac Niculae de 58 ani, sondor, la şantierul naval „Fernic" Galaţi, căsătorit. In ziua de 25/3 împreună cu alţi lucrători, au dat drumul la un oblon care a căzut peste el producându-i fractura coastelor 4—11 stânge şi fractura gambei drepte, pentru care a fost internat în spitalul Elisabeta Doamna unde a stat până în 9/6, eşind din spital ameliorat. A fost căutat până în 12/8 de un medic fără însă a fi complect vindecat, rămânând cu o infirmitate a membrului inferior drept — calus diform — ce-l împiedica de a mai lucra şi cu lesiuni baccilare pulmonare. Conform examinărei, starea actuală corespunde cu o incapacitate de muncă de 85%. La o nouă examinare se găseşte o incapacitate de 35—40% din incapacitatea totală. Se propune pentru invaliditate evaluată la 40%, rentă lunară de 21.35% lei. Se revizueşte şi se admite lei 16.70% lunar, invaliditatea fiind evaluată de Casa centrală a asigurărilor sociale la 25%.

OBS. IX. 2/914, Gh. Pristaru, de 19 ani lucrător de pădure la Societatea „Gustav Eichler" Bistra, necăsătorit. In ziua de 4/7 dându-se drumul unui butuc pe uluc, au pornit mai mulţi buşteni, şi lucrătorul ne mai având timp să se ferească, a fost prins între ei şi lovit în piept de butuci. Accidentul a fost urmat de moarte. Se propune o pensie lunară tatălui de 13.90% lei, care se admite. Asociaţia patronală face apel, ca lipsă a dovezilor de întreţinere a părinţilor de către victima, care apel se respinge.

OBS. X. 3/914. Gh. Fărcăşanu de 25 ani, lucrător la datul butucilor pe uluc la Societatea „Gustav Eichler" Bistra, necăsătorit. In ziua de 28/6 un butuc care venea pe uluc l'a lovit, de oarece butucul a sărit după uluc. Lovitura a fost în regiunea toracică anterioară, accidentatul

Scanned with OKEN Scanner

murind după 2 ore. Se propune mamei accidentatului o pensie lunară de 21.90% care se admite. Nu s'a făcut apel.

OBS. XI. 19/914. Costace Lazaroe de 23 ani, muncitor la fabrica de zahăr Roman, necăsătorit. In ziua de 27/7 împingea un vagon cu zahăr; vagonul venind înapoi el s'a ferit dându-se în lături. In acel moment a fost prins între vagon și rampa magaziei, a fost lovit la piept, producându-i fracturi costale multiple cu plăgi pulmonare, ruptura parenchimului pulmonar — emfisem subcutanat — și hemoptisie. Accidentatul ne mai putând lucra, durata probabilă a incapacității de muncă fiind de cel puțin o lună, dacă între timp nu se ivesc complicații. La interval de o săptămână survine o broncho-pneumonie din care cauză sucombă, moarte cauzată printr'o complicație inevitabilă survenită accidentului suferit de acest lucrător. S'a propus de comisia accidentelor o pensie lunară de lei 11.55% ce s'ar cuveni mamei victimei. Consiliul de administrație al Casei centrale hotărăște să se facă apel pe motiv că mama nu era întreținută de fiul ei, că din certificate rezultă că e muncitoare, câștigă și e proprietară de pământ. Apelul se respinge.

OBS. XII. 34/914. Gh. Bardaș de 27 ani, lucrător la lemnăria Soc. „Gustav Eichler" Găinești. Mergând la lucru în ziua de 15/11 la pădure s'a așezat pe scaunul din fața mașinei de cale ferată îngustă. Căzând jos, mașina a trecut peste el, producându-i fractura toracelui cu strivirea masei pulmonare. Moartea a fost instantanee. Se propune o pensie de lei 15 lunar pentru soție, care se admite.

OBS. XIII. 54/914. Gh. Nistoder de 35 ani lucrător la pădure la Soc. anonimă pentru punerea în valoare de păduri, Ștefan-Vodă, căsătorit cu 2 copii. In ziua de 4/11 venind un butuc, scăpat de alții, pe corce și el aflându-se sus, și-a perdut echilibrul și a căzut, producându-i-se sdrobirea totală a toracelui, fractura coloanei vertebrale, urmată de moarte după câteva ore. Se propune o pensie de lei 17.50% pentru soție și lei 17.50% pentru copii lunar, care se admite.

OBS. XIV. 55/914. Iohan Hella de 62 ani, metalurgist la Societatea anonimă română, șantierul naval „Fernic" Galați, căsătorit. In ziua de 2/9 lucrând la reparația unui vapor, a fost lovit de un bond-mașină și aruncat jos dela o înălțime de 5 m. căpătând fractura coastei 9—10 stângă, la nivelul liniei exilare cu un întins emfisem subcutanat. După câteva zile capătă o pneumonie dreaptă traumatică, din care cauză moare în a 9-a zi dela internarea sa. Conform certif. eliberat de spitalul „Elisabeta Doamna": „Moarte cauzată în urma pneumoniei provenite din cauza fracturei coastelor, a căror extremități a lezat parenchimul pulmonar, și a contuziilor toracice provocate de accidentul de mai sus". Se propune soției o pensie lunară de 16.10% lei care se admite.

OBS. XV. 85/914. Petre Bărgoanu de 24 ani, lucrător în pădure la Administrația domeniilor Coroanei — Borca —, căsătorit cu un copil. Pe când manevra butuci împreună cu alți lucrători, a fost lovit în piept de un butuc, care a alunecat producându-i o hemoragie și consecutiv

moartea. Se propune soţiei o pensie lunară de 11.45% lei şi copilului la fel care se admite.

OBS. XVI. 104/914 Gh. Mănăilă de 54 ani, conducător de caravană la societatea petroliferă Dreling Trusl, Câmpina, căsătorit cu 6 copii. In ziua de 20/3 a fost tamponat de o maşină, producându-i fractura sternului şi coastelor, cu hemoragie internă. Moarte instantanee. Se propune o pensie soţiei de 14 lei lunar şi 28 lei pentru copii care se admite.

OBS. XVII. 106/914. Dumitru Ruxu de 29 ani, muncitor cu braţele la cariera de piatră Valea Largă, căsătorit cu 3 copii. In ziua de 6/2, o bucată de piatră aruncată printr'o mină explosibilă, a căzut asupra lui, deşi era la o distanţă de 50 m., el ne mai având timpul necesar să se retragă la o distanţă mai mare, producându-i contusiunea profundă a toracelui, cu ruperea vaselor mari interne. Lucrătorul murind pe drum spre spital.

Se propune şi se admite o pensie lunară soţiei şi copiilor de 33,15% lei adică 3/5 din salariul total.

OBS. XVIII. 126/914. Neculae Decu de 65 ani muncitor la C. F. R. căsătorit cu un copil. In ziua de 2/4 pe când împingea un vagon ce trebuia încărcat cu piatră a fost ajuns din urmă de un alt vagon, tamponat cu înfundarea coastelor în masa pulmonară şi omorît pe loc.

Se propune şi se admite soţiei o pensie de 12.50% lei lunar şi se respinge cererea făcută de copil.

OBS. XIX. 134/914. Vasile Salcăm de 45 ani frînar de tren la fabrica de zahăr Ripiceni, căsătorit cu un copil. In ziua de 27/2 pe când făcea manevră locomotiva, victima a trebuit să lege un vagon de altul şi fiind defect la un vagon a întârziat legarea, vagoanele l-au tamponat, distrugându-i cutia toracică, cu strivirea masei pulmonare şi hemoptisie puternică. Sucombă după câteva ore la spital.

Se admite o pensie lunară soţiei de 18 lei şi tot atât şi copilului adică 1/5 din salariul asigurat.

OBS. XX. 192/914 Gh. Niţulescu de 29 ani frînar la calea ferată a societăţei Argeş, căsătorit. In ziua de 7/9 deraind un vagon cu lemne de foc a tras după sine alte 3 vagoane şi a strivit între bara de fier a frinei şi lemnele ce cădeau din vagon pe frînar, producându-i fractura coastelor şi o plagă cu hemotorax în pulmonul stâng. La examenul medical prezintând la inspecţiune o ştergere a bombărei toracelui în stânga, o excavaţie datorită consolidărei ricioase a coastelor la curbură exileră, consecutiv rezultând o jenă apreciabilă în respiraţie şi circulaţie cardio-vasculară. Din cauza lipsei de elasticitate a cutiei toracice în 1/2 stânga respiraţia pulmonară stângă diminuate, hematosa făcându-se defectuos, ca compensaţie respiraţie abdominală forte, determinând tiragiu; se aud frecături pleurale în jumătatea inferioară a pulmonului stâng cari acoperă tot murmurul vesiculor. Turburări cari progresând îi prejudiciază sănătatea. Lesiuni cari construesc infirmităţei permanente şi incurabile, oprindu-l dn a mai munci. Se apreciază o incapecitate de 2/3.

Scanned with OKEN Scanner

din capacitatea totală de muncă. Consolidarea fiind definitivă cu deformare şi insuficienţă funcţionată. Se propune o rentă lunară de 28 lei.

La revisuire, medicii asociaţiei patronale evaluează incapacitatea la 30% pe timp de un an, când se va face o nouă revisuire şi i se admite o rentă de 16.80% lei lunar.

Casa centrală face apel pentrucă i sa exagerat gradul invalidităţei de muncă, apelul este respins.

La o nouă revisuire se constată aceiaş incapacitate de muncă.

OBS. XXI. 100/915. Ion Pascu 40 ani lucrător la pădure la societatea anonimă „Goëz şi Co." Comăneşti, văduv cu 5 copii. In ziua de 11/6 tăind un copac, s-a rostogolit tulpina peste lucrător, producându-i o lovitură puternică în piept. Ridicat dela locul accidentului în drum spre spital după 8 ore a murit.

Se propune şi se admite pentru 3 copii câte o pensie de câte 15.40% lei lunar. Tutorele face apel care se respinge.

OBS. XXII. 113/915. Vasile E. Golea de 50 ani lucrător forestier la societatea Argeş, căsătorit cu 10 copii, în ziua de 4/7, dând drumu unui buştean la vale, s-a lovit de un arbore şi şi-a schimbat direcţia venind spre locul unde lucra victima, lovindu-l în piept; producându-i o fractură a coastelor 2-11 în hemitoracele drept, a braţului drept, nasului şi maxilarului superior. Congestie dublă pulmonară, dispnee intensă puls slab. Moarte după 2 zile. Certificat medical No. 1 şi 2.

Se propune o pensie de 1/5 din salar adică 37.80% lei lunar care se admite, atât pentru soţie cât şi copii.

OBS. XXIII. 60/916. I. V. Buzoianu de 40 ani lucrător cu ziua la cariera de piatră „Ing. Capriel" în Hârşova, căsătorit cu 3 copii. In ziua de 17/10 pe când lucra la săpatul pământului, s-a surpat un mal care i-a strivit toracele. Internat în spital a sucombat.

Se propune o pensie soţiei şi copiilor de 60 lei lunar 1/5 din salariul total asigurat şi se admite. Asociaţia patronală face apel contra consiliului de Administraţie al casei Meseriilor care se respinge ca tardiv, şi menţine în total arca hotărire.

OBS. XXIV. 56/916 T. Mirulescu de 19 ani lucrător la pădure la societatea „Lotru" necăsătorit. In ziua de 6/5 pe când trăgea cu sapinul un buştean din grămadă care trebuia să meargă la vale pentru a pluti pe apă, grămada de buşteni fiind umedă, lemnele au alunecat, rostogolindu-se multe lemne din grămadă, au prins pe victimă între ele strivindu-l şi producânbu-i fractura toracelui în partea dreaptă, cu hemoptisii, emfisem subcutanat la torace şi gât puls filiform abia perceptibil. Certificat medical No. 1 sucombă a 2-a zi.

Se propune părinţilor o pensie de 12,35% lunar adică 1/5 din salariul total asigurat. Propunerea se respinge de casa centrală, întrucât părinţii nu pot dovedi legal că era fiul lor. Cu drept de apel. Părinţii fac apel contra hotărirei, casei centrale. Apelul e primit şi obligată casa patronală a plăti o pensie lunară de 12.35% lei adică 1/5 din salariu.

OBS. XXV. 55/917 N. Burceanu de 28 ani sondar la societatea petro-

liferă „Astra Română“ Morelli căsătorit cu un copil. In ziua de 6/6, voind a introduce un burlan în sondă, acesta a scăpat din suvei peste el sdrobindu-l, producându-i fractura coapsei stângi în 1/2 superioară, o plagă contusă a regiunei perineale cu smulgerea muşchilor şi scrotului, fractura claviculei stângi în 1/3 externă, fractura braţului stâng în 1/3 medie, luxaţie scapulo-humerală stângă, plaga contusă a regiunei toracice stângă cu smulgerea muşchilor dorso-toracici, fractura coastelor 6. 7. 8. 9. 10. 11. dreptă în 1/3 medie fractura coloanei vertebrale dorsale şi lombare; acest accident a fost urmat de moarte după $2^1/_2$ ore din cauza hemoragiei puternice.

Se propune o pensie lunară de 19,45 lei pentru soţie şi tot atât şi pentru copil, care se admite.

OBS. XXVI. 8/919 P. Salcă din Sita Buzeului Transilvania, lucrător la pădure la fabrica „P. et C. Goeh“ Nehoi-Buzeu, căsătorit fără copii, în ziua de 18/3 a căzut din trenul de pe linia îngustă a societăţei a fost târît 150 m. şi lovit de traverse, producându-i fractura 4 coaste drepte şi a osului temporal. In drum spre spital moare.

Se propune şi admite soţiei o pensie de 40 lei lunar.

OBS. XXII. 18/919 I. Duţoi de 18 ani frînar de vagoane la M. V. I. R. a liniei ferate înguste Fieni-Runcu Pucioasa, necăsătorit. In ziua de 15/6 pe când aducea un vagon cu buşteni, a fost lovit de un alt vagon căruia i se defectase frâna, producându-i leziuni toracice intense şi fractura craniului, accident urmat de moarte.

Se propune şi admite tatălui o pensie de 15 lei lunar.

OBS. XXVIII, 20/919. M. Mihăilescu, căsătorit, cu 4 copii, vizitiu la fabrica Bücker et Dürer din Bucureşti. In ziua de 15/2 dând ovăz cailor, a fost lovit de un cal în coastele stângi. După câteva zile capătă pleuro-pneumonie cu focare de broncho-pneumonie urmată la interval scurt de deces.

Se propune şi admite o pensie de $^1/_5$ din salar, adică 60 lei pentru soţie şi copii.

OBS. XXIX, 26/919. I. Kusbloeh, de 46 ani, mecanic la moara cu vapori din Făureşti-Vâlcea, căsătorit cu 2 copii. In ziua de 21/10, pe când punea cureaua la piatră în timpul mnrsului, a fost lovit producându-i rupturi musculare la umărul drept, fractura coastelor şi perforarea pulmonului drept. Hemoragie externă puternică în urma rănilor, hemoptisii, prin plaga pulmonară dreaptă. Transportat la spital, sucombă după 2 zile cu complicaţie de gangrenă gazoasă.

Se propune şi admite o pensie soţiei şi copiilor de 120 lei lunar, adică $^1/_5$ din salar.

OBS. XXX, 34/919. I. Constantin, de 23 ani, muncitor la fabrica de tăbăcărie „S. Valter Fiu“ Roman, necăsătorit, In ziua de 9/5 terminase de înşurubat şi fixat caracul dela butoiul de tăbăcărie, când a strigat tovarăşului său de lucru „gata“ să dea drumul butoiului. Victima în loc de a se retrage de lângă butoi, în momentul punerei în mişcare

a mai pus mâna să strângă şurubul capacului şi n'a mai avut vreme să-şi dea drumul căci a fost ridicat deasupra butoiului şi asvârlit de partea opusă. căpătând o contusie puternică cu fractura plastronului sternal, ruptura pulmonului şi hemoragie internă, dându-i o incapacitate de muncă totală pentru moment. Pansat la fabrică, a fost transportat la spital unde a fost internat. Prezintă o jenă puternică la respiraţie şi organele circulatorii slăbite, cele digestive bune. Moare după 3 zile.

Se propune o pensie mamei de 32.45 lei lunar, adică $^1/_5$ din salariu. Asociaţia patronală face apel care se respinge. Se admite pensia.

OBS. XXXI, 35/919. N. Dimitriu, de 28 ani, supraveghetor la lucrări de pădure la Antrepriza Ghering Fieni, căsătorit cu 2 copii. In ziua de 5/11 călătorea în interes de serviciu pe linia îngustă ferată; a fost tamponat între 2 vagoane, producându-i strivirea toracelui, cu fractura coastelor 6, 7. 8, 9 drepte, strivirea pulmonului şi hemoragie puternică consecutivă. Accident urmat de moarte la scurt interval.

Se propune şi admite o pensie de 120 lei lunar soţiei şi copiilor.

OBS. XXXII, 45/919. N. Olteanu, de 32 ani, lucrător minier, însărcinat cu asigurarea galeriilor cu lemne la soc. „Lignitul", căsătorit cu 2 copii. In ziua de 8/11, pe când întocmia lemnăria de susţinere rupte cu lemnărie nouă, un vagonet venind forţat, victima nemai având timpul să se dea la o parte, a fost strâns între vagonet şi lemnăria pe care voia s'o înlocuiască şi a fost strivit la piept. Capătă o hemoragie pulmonară care se agravează tot mai mult, cu tot ajutorul dat de subchirurgul corporaţiei şi de medicul unei ambulanţe din apropiere, moare a interval de o lună dela accident.

Se propune şi admite o pensie de 120 lei lunar, $^1/_5$ din salar soţiei şi copiilor.

Statistica accidentelor prin contusiuni toracice, consecutiv leziuni pleuro-pulmonare, înregistrate la serviciul accidentelor de muncă al Casei centrale a Asigurărilor muncitoreşti pe un period de 10 ani dela 1912—1921.

Din datele ce s'au putut extrage între anii 1912—1921, deci în zece ani, s'au înregistrat 47 de cazuri de accidente prin contusiuni toracice cu lesiuni pleuro-pulmonare, din care am publicat un număr de 32 de cazuri. Din aceste cazuri avem o proporţie de 85 % de cazuri mortale şi după cum vedem prea puţine urmate de vindecare. deci ne putem da seama faţă de procentul mare de cazuri mortale de gravitatea lor. După sex mai toţi bărbaţi între 16—70 ani, adulţi.

In ceiace priveşte modul cum s'a produs aoem: prin lovire, prin sdrobire, tamponare, cădere. In privinţa profesiunei: în industria forestieră, în industria petroliferă, la cale ferită, mine şi puţine în alte industrii.

Pe 47 cazuri cercetate la Casa centrală a asigurărilor sociale avem accidente în ordinea frecvenţei următoarele:

Scanned with OKEN Scanner

Lovituri directe, lucrători le tăiatul lemnelor în pădure	14	cazuri
Striviri şi surpări de mal	12	„
Tamponări	10	„
Căderi dela înălţime	5	„
Diverse	6	„
Total	47	„

care le-am găsit în interval de 10 ani.

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUZIUNI

1. Leziunile pleuro-pulmonare consecutive accidentelor muncii se întâlnesc destul de frecvent în raport cu celelalte leziuni.

2. In majoritatea cazurilor leziunile produse prin accident sunt urmate de moarte, ele se întâlnesc în urma căderilor, tamponărilor, strivirilor, etc.

3. Când accidentatul se vindecă, rămâne cu o incapacitate de muncă, care variază în raport direct cu gravitatea leziunilor primitive, cu ajutorul medical dat imediat după accident şi în starea de rezistenţă individuală.

4. Aceste răniri pleuro-pulmonare în urma accidentelor pot produce fracturi costale, pneumonie traumatică, pleurezie traumatică, hemoragii interne, hemoptizi, agravarea unei tuberculoze latente etc.

5. Profesiunile în care se produc mai des aceste accidente sunt următoarele în ordinea frecvenţei: lemnari, lucrători la întreprinderile forestiere, descărcători şi încărcători de mărfuri, etc.

6. Pentru traumatismele din care rezultă o incapacitate de muncă parţială sau totală, accidentatul primeşte o rentă proporţională conform legei asigurărilor sociale. In caz de moarte se acordă pensie soţiei şi minorilor.

7. O mare parte din aceste accidente, ar putea fi evitate, dacă s'ar aplica măsurile de prevenire a accidentelor şi de protecţia muncei; şi dacă fiecare meseriaş ar cunoaşte în viitor riscurile profesiunei sale.

Văzută şi bună de imprimat.

Preşedintele tezei:
Prof. Dr. Minovici Mina

Decanul facultăţei:
Prof. Dr. Thoma Ionescu

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUSIONS

1. Les lésions pleuro-pulmonaires consécutives aux accidents du travail se rencontrent assez fréquemment en rapport avec les autres lésions.

2. Dans la majorité des cas, les lésions produites par l'accident du travail sont suivies de mort. Les chutes, les précipitations, les tamponnements, les écrasements, causent ces lesions plus ou moins graves.

3. Lorsque l'accidenté est gueri, il reste avec une incapacité de travail qui varie en rapport direct avec la gravité des lésions primitives, avec l'assistance médicale reçue immédiatement après l'accident, et avec la force de résistance de l'individu.

4. Les blessures pleuro-pulmonaires à la suite des accidents du travail peuvent produire des fractures costales, la pneumonie traumatique, la pléuresie traumatique des hémorhagies internes, des hémopthysies? l'aggravation d'une tuberculose latente, etc.

5. Les professions où ces accidents sont plus fréquents sont dans l'ordre de fréquences les suivantes bûcherons, les ouvriers des entreprises forestières, les employés dans les gares et ports pour les transport des marchandises etc. etc.

6. Pour les lésrons dont il résulte une incapacité de travail partielle ou totale, l'accidenté reçoit une rente proportionnelle conformément à la loi des assurances sociales. En cas de mort, une pension est accordée à la veuve et aux mineurs.

7. La majorité de ces accidents pourrait être évitée si l'on appliquait les mesures préventives contre les accidents et pour la protection du travail, et si chaque ouvrier connaîtrait les risques de sa profession.

Le président de la thèse
Prof. Dr. Minovici Mina

Le doyen de la Faculté
Prof. Dr. Thoma Ionesco

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

Bordenave Ives. — Etudes sur cas d'accidents.

Barral Roger. — De l'etat anterieur dans les accidents du travail, Thése de Lion.

Beck. — Deutsche Zeitschrift für chirurgie 1897.

Brouardel. — Les blessures et les accidents du travail 1906.

Brouardel. — La mort et la mort subite, 1895.

Delorme Ed. — Les enseignments chirurgicaux de la grande guerre.

Dentu et Delbert. — Traité de chirurgie.

Doucet-Bon. — De l'etat anterieur dans les accidents du travail, Thése Paris 1907.

Dupuytren. — Leçon orales de chirurgie.

E. Follin & S. Duplay. — Traité de pathologie externe.

Forgue. — Précis de pathologie chirurgicale.

E. Forgue et E. Jeanbran. — Guide pratique de médecin dans les accidents du travail.

Guironnet I. — Psychoses liée aux accidents du travail, Thése Lion 1908.

Imbert Leon. — Oddo et Chevruac. Guide pour l'évolution des incapacités, 1913.

Kirmisson. — Reclus Peyrant et Brouilly. Pathologie externe.

Kolaroff D. — Hemotoraxul traumatic, Teză Bucureşti 1908.

Lecéne. — Précis de patologie chirurgicale.

Mauclaire. — Chirurgie de guerre 1918.

Tardieu. — Etude medico-legale sur les blessurer.

Terrier. — Revue de chirurgie 1890. Congrès fr. de chirurgie 1896.

Williams Ch. — Manuel de chirurgie de guerre 1918.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Poulet et H. Bousquet. — Traité de Pathologie Externe. 1885.

Vibert Ch. — Les accidents du travail.

Ollive et Le Meignen. — Précis des accidents du travail Paris 1905.

Sand. — De la simulation et des nevroses dans leurs rapports avec le treumatisme, Thése Paris 1901.

Serre E. — Les accidents du travail 1899.

T. Thoinot. — Les accidents du travail et les affections medicales d'origine traumatique Paris, Doin Edit. 1904.

Weis Lucian. — Contusiile abdominale în câmpul muncei Teză Bucureşti 1925.

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 2436

Tuberculoza chirurgicală traumatică

Consecutivă accidentelor de muncă

STUDIU MEDICO-LEGAL

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Prezentată şi susţinută la 22 Februarie *1926*

DE

MARDIROS K. TAHTACRANIAN

BUCUREŞTI
Tipografia „STEAUA TĂRII"—MATEI IONESCU
Str. Vasile Lascar No. 40 bis
1926

Scanned with OKEN Scanner

:: :: :: FACULTATEA DE MEDICINA DIN BUCUREŞTI :: :: ::

Decan: D-l Profesor Dr. THOMA IONESCU

PROFESORI TITULARI:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr. Angelescu C.
Chimia medicală	„ „ Athanasescu N.
Clinica chirurgicală infantilă şi ortopedie	„ „ Bălăcescu I.
Anatomia patalogică	„ „ Babeş V.
Bacteriologia şi patologia experimentală.	
Istologia normală şi Istogeneza	„ „ Besnea Şt.
Medicina experimentală	„ „ Cantacuzino I.
Clinica ginecologică	„ „ Daniel C.
Clinica II-a medicală	„ „ Danielopol D.
Anatomia topografică II	„ „ Geroia D.
Clinica şi teoria obstetricală	„ „ Gheorghiu N.
Anatomia topografică	„ „ Ionescu Th.
Clinica I-a chirurgicală	
Clinica II-a medicală	„ „ Ionescu D.
Clinica III-a chirurgicală	„ „ Juvara E.
Clinica boalelor căilor urinare	„ „ Jianu A.
Farmacologia şi materia medicală	„ „ Lalu S.
Clinica boalelor oto-rino-laryngologice	„ „ Meţianu N.
Clinica boalelor nervoase	„ „ Marinescu Gh.
Clinica infantilă	„ „ Manicatide M.
Igiena şi poliţia sanitară	„ „ Mezincescu D
Medicina legală	„ „ Minovici M.
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	„ „ Manolescu D.
Clinica I-a medicală	„ „ Nanu Muşcel I.
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „ Nicolau Şt.
Clinica mentală	„ „ Obregia Al.
Fiziologia umană	„ „ Paulescu N.
Patologia generală	„ „ Proca Gh.
Anatomia descriptivă şi Embriologia	„ „ Rainer Fr.
Botanica generală	„ „ Solacolu Th.
Patologia medicală	„ „ Thomescu I. Th.
Clinica terapeutică	„ „ Theohari A.
Zoologia generală	„ „ Zotta Gh.

POROFESORI AGREGAŢI:

Medicină operatoare. : : D-l Dr. Constantinescu C.

Preşedinte: D-l Prof. Dr. Minovici Mina

Părinţilor mei multă dragoste şi recunoştinţă pentru sacrificiile făcute.

Memoriei mult iubitului meu frate Onnic închin această lucrare.

Surorei meţe iubire frăţească.

Scanned with OKEN Scanner

La sfârşitul studiilor mele medicale mă simt dator să aduc prinosul meu de recunoştinţă acelora cari prin lumina lor au contribuit la educaţia mea medicală şi sufletească.

Ţin să mulţumesc D-lui Prof. Dr. MINA MINOVICI pentru deosebita cinste ce mi-a făcut primind preşedinţia acestei lucrări.

D-lui Conferenţiar Dr. POENARU CAPLESCU care mi-a inspirat acest subiect şi mi-a dat îndrumarea necesară pentru alcătuirea lui şi pentru deosebita atenţie şi buna voinţă pe care mi-a arătat-o îi aduc cele mai călduroase mulţumiri şi recunoştinţă.

Onor. Juriului de promoţiune respectuoasele mele mulţumiri.

Rudelor şi prietenilor mei dragoste şi amintiri frumoase.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

Problema tuberculozei traumatice în accidentele muncei este mult discutată în ultimii ani.

Dezvoltarea technice şi a industriei au făcut că accidentele în câmpul muncei să ia proporţii mari.

Traumatizmele în accidentele muncei cu urmările grave ce survin dese ori după traumatism, fac ca accidentatul să pierde o parte din capacitatea sa de muncă.

Una din complicaţiunile traumatizmelor accidentelor de muncă poate fi tuberculoza chirurgicală traumatică de care ne vom ocupa în această lucrare.

Studiind raportul dintre tuberculoză şi traumatizm, chestiunile cari se pun înaintea noastră sunt următoarele:

1. Dacă tuberculoza este cauzată de accident prin introducerea directă a bacilului koch printr'o soluţie de continuitate

2. Dacă tubercaloza este numai localizată prin accident în regiunea traumatizată, prin bacili prealabil introduşi în organizm.

3. Dacă tuberculoza este numai deşteptată, pusă în evidenţa, prin traumatizmul exercitat asupra unui focar unde tuberculosa exista în starea latentă.

Vom căuta analizând fiecare din aceste puncte să determinăm gradul de responsabilitate a traumatismului în crearea tuberculozei traumatice.

Scanned with OKEN Scanner

DEFINITIE

Prin tuberculoza chirergicală traumatică înțelegem leziunile osteo-articulare sau cutanate produse de bacil tuberculos al lui *Koch* în urma unui traumatizm care, poate inocula direct bacilul, printr'o soluție de continuitate, sau poate localiza, bacilul care circulă în sânge sau poate deștepta un focar până atunci latent care începe apoi să evolueze.

ISTORIC

Inaintea descoperirii bacilului *Koch* se credea că traumatismul este capabil să producă tuberculoza chirurgicală.

In 1880 *Max Schuller* a reușit să provoace tuberculoza chirurgicală prin traumatizmul exercitat pe articulația unui animal tuberculizat prealabil prin materii tuberculoase (spute).

In 1890 *Von Krause* a inoculat animale cu produse tuberculoase pure, animalele traumatizate sucombau de tuberculoza miliară la 3—7 săptămâni. La animalele la cari se produceau entorse, făceau granulie synovială dar nu ostéo-artrită.

In 1898 *Lannelongue și Achard* au repetat experiența lui Max Schuller injectând la animale culturi puri de bacilul Koch. Rezultatul acestor cercetări au fost negative.

Insă, atunci când in experiențele lor au întrebuințat materii tuberculoase (spute), așa cum a întrebuințat și Max Schuller, au obținut și ei leziuni, însă de natură mixtă-stafilococică, streptococică și tuberculoasă.

In 1899 *Friedrich și Hanseil* au confirmat concluziile lui Lannelongue și Achard.

In 1904 experienţele au fost reluate de către *Petrow*, care făcându-şi cercetări microscopice, ceace nu făcuseră cei dinaintea lui, a demonstrat că: 1. bacilul Koch poate să existe în epifiza animalului (cobai) tuberculizat pe calea sanguină (venoasă) trei luni şi jumătate după inoculaţie, fără ca să producă leziuni macroscopice şi 2. sub influenţa traumatizmului violent exercitat câteva ore înaintea tuberculizării animalului, a putut să obţie localiearea articulară a bacilului injectat.

El a ajuns la concluzia că la un individ deja tuberculizat, după un traumatizm violent, tuberculoza poate să se localizeze într'un punct care era sănătos până atunci.

ETIOLOGIE ŞI PATOGENIE

Prin experienţele ce s'au făcut şi mai ales după descoperirea bacilului tuberculos al lui Koch s'a demonstrat că numai prezenţa bacilului Koch în organism este în stare să producă leziuni tuberculoase.

Bacilul odată introdus în organism fie pe calea pulmonară, fie pe calea digestivă este răspândit prin vasele sanguine.

Bacilii după ce au intrat în organizm merg în ganglionii vecini, dar un ganglion nu opreşte totdeauna un bacil de a trece mai departe, sunt ganglioni de diferite rezistenţe şi acelaş ganglion este mai puţin rezistent în stări morbide şi debilitate. Aşa că bacilul poate trece mai departe prin canalul toracic în sânge, de unde este răspândit prin capilare în tot organismul până la ţesuturile spongioase unde găseşte un teren favorabil pentru desvoltarea lui.

Cauzele care favorizează desvoltarea şi înmulţirea bacilului introdus în organism sunt: generale şi locale. Cele generale sunt: lipsa cantitativă şi calitativă a alimentelor, lipsa condiţiunilor higienice de trai, alcoolismul, antecedentele scrofuloase. Cu un cuvânt mizeria fiziologică, care crează un teren favorabil pentru bacil.

Dintre cauzele locale traumatizmul ocupă un loc însemnat în etiologia tuberculozei chirurgicale.

Scanned with OKEN Scanner

Traumatizmul singur nu poate să creeze tuberculoza chirurgicală în afară ds cazurile unde avem o plagă deschisă, unde a fost inoculat bacilul prin agentul vulnerant sau ulterior prin infecție.

Cazurile acestea de inoculare directă citate în literatură sunt rare. Insă acțiunea localizatoare a traumetizmului a fost demonstrată prin celebra experiență a lui *Max Schuller* care a reușit să producă o osteo-artrită tuberculoasă la locul lezat după ce prealabil animalul a fost tuberculizat.

Traumatizmul crează condițiuni favorabile pentru fixarea și desvoltarea bacilului tuberculos creind „locus minoris rezistentiae". Țesuturile sunt atinse în vitalitatea lor și reacțiunea organismului în locul traumatizat se fase în mod insuficient.

Organismul nostru în starea normală conține bacili tuberculoși și cu toate astea noi nu devenim tuberculoși, din cauză că organizmul nostru se luptă prin mijloacele ce dispune, le distruge sau le localizează într'un focar latent.

Din aceste fapte reesc că nu există tuberculoza fără bacili, însă poate să existe bacili fără tuberculoză. Importanța acestei noțiuni este considerabilă pentru a determina rolul traumatizmului în crearea leziunilor tuberculoase și gradul lor de responsabilitate.

Prin faptul că traumatizmul singur nu este în stare să producă tuberculoza chirurgicală fără intervențiunea bacilului Koch, nu însemnează că traumatizmul joacă un rol neînsemnat în crearea tuberculozei chirurgicale. Mai ales dacă am ține seamă și de faptul că bacilul tuberculos este foarte răspândit și se găsește în corpul mai tuturor oamenilor.

Profesor *Marfan* în articolul său intitulat „Les enseignements de la cuti-reaction„ publicat în „La presse medicale" No. 102 1923, după ce arată importanța cuti-reacției în diagnosticarea tuberculozei latente la om ajunge la următoarea concluzie: *„Tuberculoza este răspândită în mod universal. La popoarele civilizate în special cele cari traesc în Europa, aproape toți adulți poartă în ei focare bacilare.* Această infecțiune bacilară este compatibilă cu o sănătate aparentă. La majoritatea oamenilor, bacilul este ca un pa-

razit inotensiv. Aceşti purtători sănătoşi de focare bacilare au căpătat în copilărie şi mai ales dela vârsta 1—15 ani, în urma mai multor infecţiuni uşoare un grad de imunitate".

Statistica pe care o dă Profesorul Marfan pentru numărul de cuţi-reacţii pozitive la diferite vârste este următoarea:

0— 1	an	10,5 la sută
1— 2	ani	24,3 „ „
2— 3	„	32,8 „ „
3— 4	„	45,3 „ „
4— 5	„	40,6 „ „
5— 6	„	53,6 „ „
6— 7	„	58,1 „ „
7— 8	„	62,2 „ „
8— 9	„	72,2 „ „
9—10	„	72,1 „ „
10—11	„	70,8 „ „
11—12	„	87,7 „ „
12—13	„	87,7 „ „
13—14	„	83,8 „ „
14—15	„	79,7 „ „
Adulţi		97 „ „

Deci, leziunile inofensive la om sunt aşa de frecvente încât constitue o stare aproape normală.

Prezenţa bacilului tuberculos în ţesuturi nu poate să fie considerată ca o circumstanţă atenuantă pentru traumatism. Mai ales dacă am avea în vedere că aproape toţi adulţii din oraşe sunt purtători de bacili fără ca să fie tuberculoşi şi că această stare poate să dureze până la adânci bătrâneţi fără nici un pericol pentru sănătatea individului.

Statisticele lui Naegeli (din Zurich) care a găsit leziuni tuberculoase la toate cadavrele de adulţi morţi de alte boale decât tuberculoza, sunt demonstrative în această privinţă:

0— 1	an	0 la sută
1— 5	ani	17 „ „
5—14	„	33 „ „
14—18	„	50 „ „
18—30	„	96 „ „

Din toate cele spuse până aci, reese că prezenţa bacilului tuberculos în leziunile tuberculoase traumatice nu poate să înlăture responsabilitatea traumatizmului în crearea tuberculozei chirurgicale traumatice, având în vedere: a) frec-

venţa bacilului tuberculor la indivizii netuberculoşi şi b) existenţa focarelor bacilare ce pot rămâne în stare latentă timp îndelungat fără nici un inconvenient pentru individ.

Modul de acţiune a traumatizmului

După ce am stabilit rolul traumatizmului în crearea tuberculozei chirurgicale traumatice ne rămâne să determinăm modul cum lucrează traumatizmul.

După *Jeanbrau* distingem trei moduri de acţiunea a traumatizmului în crearea tuberculozei chirurgicale traumatice: 1. traumatizmul inoculează bacilul în mod direct printr'o plagă deschisă, prin agentul vulnerant sau în urma unui pansament. Printr'o înţepătură a degetului se poate de asemenea să se inoculeze bacilul care dă naştere la osteoartrită tuberculoasă. Cazurile acestea de inoculaţie directă sunt mai frecvente în anumite profesiuni cum sunt: medici, supraveghetoarele de spitale, spălătorese, etc.

In literatură se citează cazul lui *Laennec* care s'a înţepat la degetul mare cu un cuţit cu care s'a servit la autopsie într'un caz de morbul lui Pott. El a observat la locul lezat un abces tuberculos şi pe urmă a murit tuberculos. O femeie care spăla scuipătoarele tuberculoşilor a făcut tuberculoza degetelor *(Merklen)*.

Un lemnar care a primit o lovitură la genunchi şi-a pansat plaga cu o batistă murdară de spută suspectă. Articulaţia genunchiului a fost atinsă de o tumoră albă.

Un copil a căzut cu fruntea pe scuipătoarea mamei tuberculoase şi a produs o plagă care s'a inoculat cu tuberculoză, producând leziuni locale caracteristice. In cazurile acestea este evident că traumatizmul este responsabil în totalitate pentru tuberculoza creată.

2. Traumatizmul poate să localizeze tuberculoza. Accidentatul de sigur a fost tuberculos latent, adică purtător de bacili. fără ca să aibă vre-o leziune aparentă până în ziua accidentului.

Sângele eponşat, sub influenţa traumatismului aduce cu el elemente infecţioase de bacili tuberculoşi cari se dezvoltă în locul traumatizat. Tot aşa o contuzie osoasă poate să producă hemoragii în ţesutul spongios şi pe locul acestei

hemoragii apar primele leziuni tuberculoase. Aci se produce o adevărată auto-inoculaţie.

Traumatizmul constitue o cauză ocazională, creând un „locus minoris rezistentiae“ unde se fixează bacilul care circulă în sânge. Şi în aceste cazuri trebue să admitem responsabilitatea accidentului (Vezi obs. No. 1).

3. Traumatizmul trezeşte tuberculoza. Un focar epifizar, care a fost în starea latentă şi care în urma unui accident a început să evolueză dând naştere la o tuberculoză osteo-articulară. (Vezi obs. No. 3, 4, 5, 6). Traumatizmul aci iar joacă un rol important din cauză că acest focar ar fi putut să rămână în starea latentă fără ca să împiedice activitatea muncitorului, dacă n'ar fi fost accidentul care a reactivat focarul latent. Responsabilitatea accidentului este evidentă şi trebuesc acordate despăgubiri lucrătorulu' ce a suferit accidentul.

Tuberculoza chirurgicală traumatică o întâlnim în proporţia următoare:

După	Jeanuel	5,5	la sută
„	Wiener	7	„ „
„	Pietri Kovski	8	„ „
„	Estoi	9,5	„ „
„	Hahn	13	„ „
„	Hansel	14	„ „
„	König	20	„ „ la genunchi
„	Ribera y Sans	45	„ „ „ „
„	Taylor	53	„ „ „ „
„	Bauer apr.	100	„ „ „ „

Anatomie patologică

Bacilul tuberculos se localizează de obicei în ţesutul spongios din vertevre, la extremitatea epifizară oaselor lungi la mâini (oasele carpi) şi la picioare (oasele tars).

Structura particulară cu o vascularizaţie bogată a oaselor scurte crează condiţiuni favorabile pentru fixarea şi dezvoltarea bacilului tuberculos la aceste oase.

Evoluţia acestor focare bacilare latente sunt favorizate prin tot felul de iritaţii, mişcări exagerate şi traumatizme. Din această cauză accidentele tuberculoase sunt mai frecvente la genunchi, tars, carp şi coloana vertebrală.

Scanned with OKEN Scanner

Focarele tuberculoase pot fi: 1) sub-condrice, 2) sub-periostice, 3) centrale când sunt situate la mijlocul țesutului spongios, 4) epifizo-diafozare, când bacilul tuberculos distrugând cartilagiul ge conjugare ocupă jumătate din epifiză și jumătate din diafiza. După *Nelaton* distingem două forme anatomice: circumscrisă și difuză. După *König* aceste focare sunt de origină ischemică. Obliterația teritoriului vascular se face prin mici mase de substanță cazeoasă ce conțin bacili tuberculoși, cari pătrund în os și se opresc în capilare, dând naștere la focare de necroză. Acest focar fiind circumscris și profund, poate să fie tolerat mult timp fără ca să provoace vre-o turburare. Dacă acest focar este superficial, poate să iie eliminat printr'un abces care perforează țesuturile din vecinătate.

In forma difuză focazul necrozat în loc să fie limitat cum este în forma circumscrisă, are tedință de a se întinde în mod progresiv prin infiltrația țesuturilor sănătoase din vecinătate.

Caracterele anatomice ale focarelor tuberculoase sunt următoarele; vascularizația mărită cu suprafață neregulată și acoperită cu granulațiuni. Țesutul osos este rarefiat, friabil și infiltrat cu puroi. Aceste focare tuberculoase sunt pline de un țesut roșietic sau cazeoase ce conțin particule osoase care reprezintă trabeculi osoși necrozați. In alte cazuri găsim sechestre osoaae mai voluminoase.

In urma desvoltării unui focar de tuberculoza intra-osoasă, bacilul tuberculos pătrunde în mod progresiv în țesuturile dimprejur. Astfel un focar circumscris epifizar evoluând, determină distrugerea totală sau parțială a cartilagiului de creștere, pătrunde în articulație și dă naștere la o sinovită fongoasă, periostrită sau artrită tubercuioasă.

O leziune tuberculoasă epifizară poate să fie însoțită de un abces intra medular și numai o perforație ar putea să ne pună pe calea diagnosticului.

In ceeace privește periostul, când abcesul tuberculos profund apare la suprafața lui internă, dă naștere la faliculi tuberculoși, îl perforează și iese la suprafață distrugând această regiune.

Scanned with OKEN Scanner

Cartilagiul de creştere este de asemenea perforat şi distrus. Insă aci foliculele tuberculoase sunt absente, din cauza lipsei de vascularizaţie în cartilagiu. In această regiune se produce o necroză care distruge cartilagiul de pe suprafaţa articulară.

Leziunile tuberculoase diafizare sunt foarte rare. Cu toate acestea nu putem să le excludem în mod complect.

Distingem trei categorii de leziuni tuberculoase diafizare: 1. primitive situate în porţiunea centrală a diafizei; 2 secundare în urma propagării unui focar primitiv epifizar şi 3. totale ce ocupă toată întinderea măduvei osoase.

Existenţa unei membrane piogenice cu fongozităţi şi cu resturi cazeoase într'un mediu de serozitate purulentă şi prezenţa sechestrelor ne îndreptăţesc să stabilim diagnosticul de tuberculoză chirurgicală.

Leziunile histologice în tuberculoza chirurgicală

Leziuni ale măduvei osoase.—Primele alteraţiuni ce apar în măduva osoasă sunt: o vascularizaţie abondentă; capilarele sunt dilatate şi înconjurate de celule migratorii. Se mai obsearvă încă şi o transformare fibroasă cu o producţie de exudat. Cu cât ne apropiem spre centrul medular, observăm diminuarea vaselor şi apariţia tuberculelor.

Leziunile ţesutului osos. — Ţesutul osos care este în imediată vecinătate cu măduva osoasă, unde este leziunea tuberculoasă primitivă, suferă modificări considerabile. Trabeculele osoase iau dimensiuni mai mari. Este o hiperostoză ce se dezvoltă concomitent cu apariţia foliculelor tuberculoase la măduva osoasă.

Leziuni ale ţesutului spongios. — Ţesutul spongios este de asemenea supusă la transformări. Areolele din acest tesut sunt modificate. Cloazoanele care le limitează sunt hipertrofiate şi rarefiate în mod progresiv.

Ţesutul osos este distrus prin dispariţia trabeculelor. In centrul focarelor găsim mase cazeoase cu sechestre necrozate.

Bacilul tuberculos a lui Koch în leziunile tuberculoase chirurgicale este foarte greu de găsit.

Scanned with OKEN Scanner

Simptomatologia

In simptomatologia tuberculozei chirurgicale traumatice distingem trei perioade.

Prima perioadă. In urma unei loviri accidentale, de exemplu la genunchi, accidentatul simte dureri vagi la acea regiune. După puţin timp apare o tumefacţie care progresează foarte încet.

Această leziune poate să se resoarbă sau să evolueze spre o osteo-artrită supurată sau nu.

A doua perioadă. Membrul traumatizat puţin atrofiat, genunchiul mărit în volum. gamba în uşoară fleziune. După un timp mai mult sau mai puţin, regiunea tumefiată începe să se înmoae şi centrul lui devine fluctuent, ceace ne indică că avem de-aface cu un abces. Pielea este întinsă de puroi se subţiază la centru şi în urmă se perforează lăsând să se scurgă un puroi verzui.

Dacă examinăm regiunea inguinală în mod comparativ, găsim adenopatie de partea membrului atins. Aceşti ganglioni măriţi de volum nu sunt dureroase la presiune.

A treia perioadă. Supuraţia care imediat după perforaţie a fost destul de abondentă începe să diminueze, însă fără ca să se închidă în mod complect. Orificiul cutanat persistă devine fistulos şi lasă să se scurgă în mod continuu cantităţi mici de puroiu. Prin această fistulă ies afară mici sechestre, cari se elimină din cauza distrugerii ţesutului osos. Această supuraţie poate să se vindece printr'o cicatrizare a fistulei sau prin transformarea într'un abces intra-osos pe care bolnavul poate să-l suporte fără nici un inconvenient; sau să persiste un timp îndelungat dând naştere la complicaţiuni grave, care în majoritatea cazurilor au sfârşit fatal.

Complicaţiuni

Una din complicaţiuuile cele mai frecvente ale tuberculozei chirurgicale traumatice este tuberculoza pulmonară.

Traumatizmul nu poate să creeze o tuberculoză pulmonară, însă poate să facă ca o tuberculoză pulmonară latentă sau în evoluţiune latentă să capete o evoluţiune rapidă şi gravă.

Un muncitor care suferise un traumatism, face după aceasta o osteo-artrită tuecerculoasă supurală. Această supuraţie cronică din cauza perderilor continue de substanţe alcaline şi albuminoide din organism, ce se elimină cu puroiul *(Dickenson)*, produce o stare de caşexie. Puterile de apărare şi de reacţiune ale organismului sunt scăzute. Din această cauză un focar tuberculos pulmonar care există în stare latentă, urma traumatizmului, rezultat printr'un accident de muncă începe să evoelueze şi să se agraveze. Bolnavul prezintă toate semnele unei tuberculoze pulmonare (vezi obs.. No. 2.

Starea de caşexie post traumatică a făcut ca acest focar până atunci închistat să evolueze.

O altă complicaţie ce poate să survie după o supuraţie tuberculoasă cronică, este degenerescenţa amyloidă. Substanţa amyloidă este fibrina din sânge, lipsită de substanţe alcaline şi albuminoide ce au fost eliminate prin puroiu (Dickenson), şi care se depune în viscere (rinich, ficat etc.)

In sfârşit o ultimă complicaţie care ar putea să survie este generalizarea tuberculozei-septicemie.

Aceste complicaţiuni tardive cari survin după traumatism sunt în strânsa legătură cu accidentul suferit şi ca atare accidentalul are drept la rentă.

Diagnosticul

Determinarea naturei tuberculoase a unei leziuni traumatice-accidentale este de o greutate foarte mare.

Căutarea bacilului tuberculos al lui Koch în tuberculoza pulmonară ne poate da un rezultat pozitiv. Din potrivă în tuberculoza chirurgicală bocilul lipseşte de obicei, deoarece căutarea lui este mult mai anevoioasă în puroiu decât în spută. Pe de altă parte, durerea, tumefacţia, fluctuaţia, supuraţia, abolirea mişcărilor articulare, mersul lent, şi mai ales starea generală, antecedentele personale şi hereditare ale bolnavului ne fac să punem diagnosticul de tuberculoză chirurgicală.

Diagnosticul cu *osteo-sarcoma* se face ţinând seamă de mersul rapid al ei, fără durere, de lipsa supuraţiei de păs-

frarea mişcărilor articulare şi de lipsa poziţiunilor vicioase. După *Verneuil* în neoplazme temperatura locală este mai ridicată.

Cu *artrită traumatică* diagnosticul este mai greu de făcut dar caracterul ei de a fi o tumoară lichidă senzibila la presiune, fluctuenta cu şoe rotuluian, cu lipsa de fungozităţi, lipsă de tendinţă spre supuraţie, starea generală bună, lipsa de adenopaţii uşurează diagnosticul.

Reumatizmul articular acut cu debutul său brusc cu dureri mari, starea febrilă, localizări multiple şi dureri la presiune ne îndreptăţesc să punem diagnosticul.

Cu *reumatizmul articular cronic* diagnosticul este mult mai greu de făcut din cauza evoluţiei lente şi durerilor vagi cari se aseamănă cu cele din artrită tuberculoasă. Dar şi aci avem semne cari ne ajută ca să evităm eroarea precum: antecedentele reumatizmale ale bolnavului multiplicitate localizărilor, vârsta înaintată, lipsa de tendinţă spre supuraţie, de mase fungoase şi adenopaţii; rezorbţia epansamentului seros şi restabilirea funcţiunilor în scurt timp şi în fine eficacitate tratamentului specific (Salicilat de sodiu, antipirina).

Artrită gonococică poate să simuleze o artrită tuberculoasă. Insă caracterele particulare, pe care le prezintă artrită gonogocică, înlesnesc dragnosticul precum: mersul lent care durează luni întregi, rezistând la medicamentele cele mai energice, cu dureri foarte mari, cu otumefacţia dureroasă la o uşoară atingere cu un epanşament seros, fluctuent, format numai în interval de câteva zile, starea febrilă, lipsa de migraţiune de la o articulaţie la altă, amkiloza consecutivă, şi pe langa aceasta dacă la examenul genital găsim şi o blenorogie putem cu multă uşurinţă stabili diagnosticul.

Artritră sifilitică. Raritatea leziunilor sifilitice articulare ne expune la puţine greşeli de diagnostic. O osteo-artrită gamoasă este însoţită de dureri cari au caracterul special că sunt mai mult nocturne. Aceste dureri după *Fournier* sunt exagerate în repaus şi scad în timpul mişcărilor. Lipsa de supuraţie şi de fungozităţi, antecedentele personale — un şancru sifilitic, reacţia Waserman şi mai ales eficacitate tratamen-

tului specific care face să dispară durerea determină natura sifilitică a artropatiei.

Artropatia hemofilică. La persoanele hemofilice artropatiile cari pot fi survenite în urma hemoragiilor repetate se pot confunda cu artrită tuberculoasă. Diagnosticul diferenţal acestor artropatii cu artritele tuberculoase este de o importanţă extrem de mare din cauza urmărilor grave cari pot surveni după un diagnostic greşit.

König ne dă două asemenea cazuri unde diagnosticul greşit a avut o consecinţă fatală. E vorba de doi bolnavi la cari el credea că are de a face cu o artrită tuberculoasă. Amândoi au murit din cauza hemoragiilor mari ce au urmat după o simplă incizie la articulaţie genuchiului.

In asemenea cazuri ne bazăm 1) pe antecedentele hemofilice hereditare şi personale, coexistenţa epansamentului sanguin spontane, 2) vârsta tânără şi sexul (masculin mai des) evoluţia nedureroasă 4) deformaţia 5) absenţa abceselor şi fistulelor 6) absenţa adenopaţiilor.

In perioadă de supuraţie şi de fistulizaţie se face diagnosticul între *osterita tuberculoasă şi osteomyelita* infecţioasă cauzată de stafilococul pyogen auriu. Fenomenele acute cu care începe, locul leziunei — în regiunea juxto-epifizară şi turburările de creştere ale membrului, la fineri, ne fac să punem diagnosticul de osteomyelită infecţioasă.

Pronosticul

Tuberculoza chirurgicală traumatică are un pronostic destul de serios din cauza complicaţiunilor ce pot surveni în urma invaziunii bacilului tuberculos în cavitatea pleurală, peritoneală sau într'un organ din vecinătate, uneori dând naştere tuberculozei pulmonare precum şi septicemiei tuberculoase după cum am văzut la complicaţiuni.

Gravitatea pronosticului este condiţionată de mai mulţi factori. Vârsta joacă un rol important. Când la copii cari resistă mai bine acest pronostic este bleuin, la bătrîni din cauza lipsei de reacţiuni şi încetinirii schimburilor nutritive acest pronostic devine grav.

Scanned with OKEN Scanner

Locul leziunei are de asemenea o influenţă asupra pronosticului. Leziunile din basin şi coloană vertebrală sunt cu mult mai grave decât cele din membrele superioare şi inferioară din cauza vecinătăţii ce o au cu viscerele.

Starea generală, antecedentele personale ale bolnavului sunt de asemenea factori importanţi. O tuberculoză chirurgicală traumatică circumscrisă la un individ cu o stare generală bună pus în condiţiuni higienice şi materiale bune în urma unui tratament bine condus are toate şansele de vindecare. Din potrivă la un bolnav cu o stare generală rea aceaş leziune poate să aibă un mers mai grav.

Terenul de asemenea are un rol hotărîtor. Şi cum acest teren este foarte puţin rezistent la un muncitor din cauza alcoolizmului, aşa de răspândit în masele muncitoreşti, şi mizeriei fiziologice precum: alimentaţie insuficientă, surmenaj fizic, lipsa de condiţiuni higienice ca, lipsa de aer şi soare în locuinţele muncitorilor, ne îndreptăţesc să tragem concluziuni, pentru gradul de gravitatea cel prezintă promoticul în tuberculoză chirurgicală traumatică.

Tratamentul

Tratamentul tuberculozei chirurgicale traumatice se compune gin două părţi: tratamentul general al bolnavului şi tratamentul local însăşi a leziunilor.

Tratamentul general. Prin tratamentul general căutăm să mărim forţa de rezistenţă şi de luptă a organismului înpotriva bacilului tuberculos şi a toxinelor secretate de el, ameliorând starea generală a bolnavului.

Bolnavul trebue supus la o supra-alimentaţie. Tonicele ca: vin de quinquina şi de genţiana cari stimulează apetitul şi favorizează supra alimentaţia sunt de un folos real pentru bolnav.

Bolnavi trebuesc trimişi la câmp, în staţiuni climaterice muntoase şi la aer marin.

Tratamentul medicamentos este cel întrebuinţat de obicei în tuberculoza pulmonară şi consta în oleu de ficat de moruna, glicerofosfat de calciu, arsenicul, liquoarea lui Fower.

Nu există un medicament specific contra tuberculozei în

general. O alimentaţie bună cu mult aer şi soare constituesc tratamentul cel mai eficace.

Din nefericire tocmai aceste mijloace de profilaxie şi tratament sunt inaccesibile maselor muncitoreşti din rândurile cărora se recrutează majoritatea victimelor tuberculozei chirurgicale traumatice.

Tratamentul local. Prima indicaţie în tratamentul local este imobilizarea perfectă a regiunei atinse, obţinute prin aparate gipsate executate metodic.

Prin repaus complet şi atitudine bună vom putea obţine vindecarea grabnică cu conservarea formei regiunei însă făcând rezerve asupra funcţiunilor articulare mai ales după o imobilizare îndelungată.

Helioterapie. Helioterapia a fost cunoscută din timpurile cele mai vechi. Ea a dat rezultate foarte bune.

Razele solare au o acţiune generală şi locală. Ele măresc schimburile nutritive şi produc o hematoză mai abondentă. Pofta de mâncare creşte, forţele fizice de asemenea. Local razele solare au o acţiune analgezică şi rezolutivă. Osteitele şi osteo-artritele regresează. Fistulele cronice evoluează spre cicatrizare din cauza mărirei fagocitozei.

Helioterapia trebue aplicată metodic. Timpul cel mai potrivit pentru tratament este între orele 10—15. Se începe prima zi cu o expunere de 5 minute a întregului corp afară de regiunea corpului ce se impune să fie protejată. Apoi din 5 în 5 zile se măreşte durata expunerei cu 10 minute astfel că după 30 zile să se poată ajunge a sta până la 4 ore pe zi.

Daca mijloacele permit este bine ca după această cură să se facă o bae cu apă rece.

Revulsivele ca tinctura de iod şi punctele de foc poate să fie întrebuinţate cu folos.

Insă tratamentul care a dat rezultate foarte bune în osteo-artritele supurate şi abcesele tuberculoase sunt injecţiunile modificătoare cu soluţia lui Calot.

Se procedează în modul următor: zilnic se videază colecţia prin puncţii repetate iar la fiecare 8 zile se fac injecţiuni cu soluţia iodoformată a lui Calot.

Scanned with OKEN Scanner

In cazurile când punctia cu soluția lui Calot nu dă rezultate, deschiderea largă a abcesului și curățirea focarului se impune.

Leziunile tuberculoase difuze cu supurație cronică cari nu au tendința spre vindecare necesită un tratament chirurgical mai radical. Această operație constă în artrotomié, artrectomie, resecția segmentului bolnav și amputație (se va avea în vedere etatea și epifizile).

Recidivevele fiind foarte frecvente în tuberculoza chirurgicală trebue ca să urmărim bolnavii și să-i supraveghem până la completa cicatrizare a leziunilor.

Evaluarea incapacității de muncă cosecutivă leziunilor tuberculoase traumatice

Pentru tumorile albe, sau agravărei unei leziuni preezistente în urmă accidentelor de muncă se acordă o rentă evuluată, proporțional cu gradul incapacității de muncă.

Observațiunile d-lui Conf. Dr. Poenaru-Căplescu relative la protecțiunea muncei și la măsurile de prevenirea accidentelor,

Asociația patronală care are atribuțiunea cea mai importantă în prevenirea accidentelor, a publicat în anul 1915 prescripțiunile generale și speciale pentru prevenirea accidentelor. Dar cu toate că aceste măsuri sunt foarte bine redactate și grupate pe diferite industrii, în cari riscul profesional e mai evident, patronii le ignorează cu totul și nu le aplică din lipsă de sancțiuni. Patronii sunt datori ca să pună la vedere în ateliere afișele cu măsurile pentru prevenirea accidentelor, cu toate acestea în atelidre nu se aplică această măsură, atât de importantă și utilă.

Trebuesc aplicate sancțiuni foarte severe în viitor acestor patroni recalcitranți cari contribuesc la înmulțirea accidentelor de multe ori grave și chiar mortale, în loc să caute a le evita pe cât posibil.

Pe de altă parte ar fi de dorit ca Ministerul Mnncei, să introducă în program pe cale de regulament, în toate școlile de meserii, obligațiunea ca oricare absolvent al unei școli să cunoască riscul profesional al meseriei pe care a învățat-o. Azi meseriașii nu cunosc pericolelc profesiunei lor.

Ministerul muncii. Casa centrală a asigurărilor sociale. Asociația patronală. Serviciul technic al preveniri accidentelor. Instrucțiuni generale date lucrătorului din fabrici pentru paza împotriva accidentelor.

§. 1. Fiecare meșter și lucrător are datoric de a atrage luarea aminle a celor puși sub supravegherea sa, sau date lui ca ajntoare, asupr a

primejdiilor la care sunt expuşi în îndeplinirea ocupaţiunilor lor, precum şi de a supfaveghia dacă ei urmează instrucţiunile prescrise.

§. 2. Înainte de întrebuinţarea ori cărei unelte, maşini sau părţi de maşini, lucrătorul este dator a se încredinţa dacă acestea şi aparatele de prevenire cu care ar fi prevăzute sunt în bună stare de funcţionare, în caz contrariu trebue să înlăture neajunsul său să reclame superiorului.

§ 3. Aparatele de prevenire nu pot fi îndepărtate dela locul lor, decât în cazuri de forţă majoră şi numai atâta timp cât este nevoe pentru a înlătura neajunsul care a pricinuit înlăturarea lor. In nici un caz nu poate fi înlăturat aparatul de prevenire decât numai după ce şeful răspunzător a fost avizat şi el a dat încuviinţarea sa.

§ 4. Lucrătorii nu trebue să circule, decât numai pe drumurile, intrărilor şi eşirilor anume orânduite pentru aceasta. In încăperi cu intrare oprită nu trebue să intre decât cei în drept. Staţionarea fără de rost prin ateliere este oprită în genere lucrătorilor. Mai cu seamă ei n'au voe să staţioneze fără anumită însărcinare, sub elevatoarele în funcţiune.

§ 5. Spaţiurile din atelierele care servesc lucrătorilor drept drum de circulaţie, nu trebue, sub nici un cuvânt strâmtate sau întrebuinţate îngrămădirea sau depozitarea de material lucrat sau nelucrat. Aceasta ar putea fi îngăduită numai în cazuri rare de forţă majoră şi pe timp scurt dictat de vre-o împrejurare deosebită.

§ 6. In încăperile cari nu pot fi luminate decât conform prercripţiunilbr numai cu lămpi de siguranţă este cu totul oprit fumatul, aprinsul chibritelor, deschiderea lămpilor sau întrebuinţarea amnarelor sau a brichetelor.

§ 7. In încăperi în cari se găseso grogi, canale, rezervoare sau alte, adâncituri, a căror intrare este la nivelul solului, prin urmare sunt de natură a provoca vre-un accident şi care nu sunt prevăzute cu balustrade sau bariere de protectie, lucrătorul, nu trebue să intre decât cu lumină purtată de el, afară numai de cazul când se poate lumina localul întreg chiar dela uşa de intrare.

§ 8. Intrarea în încăperi în care se pot strânge gaze otrăvitoare sau ameţitoare, precum şi mânuirea sau curăţirea interiorului vaselor car. conţin astfel de gaze, nu se poate face decât întrebuinţând mijloacele de siguranţă prescrise (măşti respiratorii s. a.) şi întotdeauna sub supravegherea unui alt lucrător, care să poată în caz de nevoe să dea ajutor.

§ 9. Este strict oprit lucrătorilor de a se cobori în puţuri, haznale gropi de maşini, etc., fără a avea o cingătoare la care va fi legată o frânghie. Unul sau mai mulţi lucrători vor ţine întinsă frânghia la gura puţului, pentru a putea da ajutor la nevoe.

§ 10. Materialul (câlţi, cârpele, etc.) care a slujit la curăţatul maşinelor, uneltelor, etc., precum şi resturile de fabricaţie care se aprind uşor, nu trebue să fie împrăştiate prin local, ci adunate în cutii anume construite pentru aceasta.

§ 11. La întrebuinţarea scărilor mobile trebuie ca lucrătorul să se în-

credinţeze dacă acele scări au dispozitivele de siguranţă în contra alunecării sau răsturnării. Pentru ca astfel de scări sunt de obicei prevăzute la partea de sus cu cârlige sau la partea de jos cu colţi, trebuie ca transportarea lor prin ateliere dela un loc la altul, să se facă cu băgare de seamă, pentru a nu se agăţa de vre-o curea de transmisiune sau a răni pe camarazi.

§ 12. Este strict oprit lucrătorilor de a se juca, de a face glume în ateliere ori ce fel de act lipsit de seriozitate prin care fie ei, fie alţi camarezi ai lor ar putea fi puşi în pericol.

§ 13. Nici un lucrător nu trebuie să-şi caute de lucru pe lângă maşini sau unelte a căror deservire, întrebuinţare sau îngrijire nu o cunoaşte pe deplin.

§ 14. Odihnitul sau dormitul prin locuri care prezintă oarecare pericol e interzis.

§ 15. Este interzis lucrătorilor de a îmbrăca, desbrăca sau agăţa orice fel de îmbrăcăminte în apropierea maşinelor în mişcare sau a transmisiunilor.

§ 16. Lucrători însărcinaţi cu supravegherea şi deservirea maşinelor trebue să poarte o îmbrăcăminte specială, care să nu se poată îndepărta de corp; îmbrăcămintea lor trebuie să nu aibă nici o parte care să fâlfâie sau să atârne fiind astfel expusă a fi apucată de părţile mişcătoare ale maşinelor sau ale transmisiunilor Asemenea şi persoanelor care sunt ocupate cu lucru prin apropierea maşinelor în mişcare le este interzis de a purta o astfel de îmbrăcăminte periculoasă; de asemenea femeilor le este interzisă purtarea părului despletit, a coadelor pe spate sau a panglicelor late în păr.

Legislaţia asigurărilor sociale la noi 1912

La noi în ţară legea pentru organizarea Meseriilor. Creditului şi Asiguărilor muncitoreşti, a fost promulgată în 1924 şi de atunci i s'au adus în diferite epoci, câte-va modificări necesare. Iată în rezumat spiritul legii: Meseriaşul asigurat care plăteşte o cotizaţie săptămânală este îngrijit *în caz de boală* având dreptul la: a) consultaţii date de medici angajaţi la Casa Centrală pe lângă corporaţiile sau policlinicile lor; b) îngrijirea bolnavului asigurat la domiciliu; c) îngrijirea la spital; d) acordarea gratuită de medicamente, pansamente, etc. Dacă nu poate lucra mai mult de trei zile va primi timp de cel mult 16 săptămâni următorul ajutor; a) dacă are familie, 50% din salariul mijlociu al clasei din care face parte; dacă n'are familie 35%, fie că se îngrijeşte acasă, fie că este îngrijit la spital. *Asigurarea în contra accidentelor*, priveşte asoeiaţia patronală. In caz de accident urmat de o incapacitate de muncă totală sau parţială temporară sau permanentă, asiguratul primeşte o rentă pentru invaliditate, în raport cu salariul şi gradul invalidităţii. Gradul invalidităţii se evaluiază la serviciul accidentelor de muncă Medical Casei Centrale şi medicul asociaţiei patronale stabilesc, în

decomun acord, gradul incapacităţii de muncă rezultat prin accident. In urmă comisia asigurărilor admite renta propusă cu drept de apel din partea muncitorului.

Renta se plăteşte de asociaţia patronală. Când turburările funcţionale au dispărut şi capacitatea de muncă a redevenit normală, renta se suprimă. De aceea în fiecare an se face revizuirea accidentatului, reexaminându-l spre a vedea care este gradul incapacităţii de muncă ce mai perzistă.

In caz de mutilări ale membrelor, renta rămâne viageră.

In caz de moarte prin accidente, se acordă cheltueli de înmormântare (art. 121) şi o pensie; a) văduvei fără copii, $^1/_5$ din salariul soţului până la moarte sau remăriti; b) pentru fiecare copil până la 16 ani, $^1/_5$ din salariul pe nn an (art. 145). Copii naturali primesc pensia tot ca mai sus în urma morţii prin accident a mamei lor dacă era lucrătoare asigurată (art. 146-147).

In serviciul accidentelor pe muncă în caz de mutilări ale membrelor amputaţiuni ale coapsei, gambei, braţului, antebraţulni, etc., se cere ca asociaţia patronală să acorde proteze şi aparate ortopedice (piloane membre artifiliale, etc.). Asociaţia patronală aprobă în totdeauna procurarea acestor aparate cari se confecţionează după indicaţiile date la serviciul accidentelor de muncă.

OBSERVATIUNI

OBS. I. — Costache Mateiu, în vârstă de 62 ani, muncitor la fabrica de cărămidă „Socola“ din com. Socola, Iaşi, în ziua de 5 Februarie 1914 pe când încărca un vagonet cu pământ, s'a surpat o bucată din malul sub care era şi ia prins piciorul stâng, din care cauză a suferit fractura pubisului cu ruptura uretrei de care s'a vindecat după 4 luni.

In urmă a căpătat o epididinuită tuberculoasă dublă cu fistulă uretrală în perineu.

In urma cererei de rentă a lucrătorului C. M. şi certificatul medical eliberat de d. Dr. Severin, care arată că înainte de accident lucrătorul C. M. suferise de tuberculoză pulmonară, însă turburările locale — epididimita tuberculoasă cu fistule uretrale, se datoresc accidentului suferit care a localizat tuberculoza în această regiune.

Invaliditatea lui este evaluată la 40% din capacitatea totală de muncă.

Costache Mateî a decedat în ziua de 21 Decembrie 1924. D. Dr. Hortolomeu certifică că moartea lui C. M. este datorită unei tuberculoze pulmonare care exista anterior traumatizmului dar care a fost agravat de el.

Având în vedere aceste consideraţiuni şi în urma cererei soţiei sale se acordă cu începere de 22 Decembrie 1924 văduvei Ruxandra Matei o pensie de lei 16,30 pe lună (plus 40 pentru scumpete) până la remăritiş sau moarte. (Dos, 95/915).

Scanned with OKEN Scanner

OBS. II.—N. C. Popovici în vârstă de 55 ani muncitor la firma Ghiţă V. Mihalache (încărcare de vapoare) în ziua de 6 Noembrie 1912 pe când încărca scânduri pe un vapor o stiva s'a surpat peste piciorul său pricinuindu-i fractura gambei stângi şi o plagă contuză în regiunea maleolară externă stângă.

Victima a fost internat la Spitalul „Elisabeta Doamna" din Galaţi unde a făcut o artită supurată tuberculoasă în artrculaţia tibio-tarsiană şi un flegmon profund al acelui picior datorit traumatizmului. In ziua de 6 Mai 1913 a eşit din spital având leziunile deplin vindecate; însă într'o stare de caşexie la care s'a adăugat fenomene pulmonare la vârful pulmonului stâng. La 2 Iulic 1913 victima a încetat din vtaţă.

Având în vedere că starea de caşexie progresivă precum şi agravarea fenomenelor pulmonare sunt datorite traumatizmului şi supuraţiunei îndelungate ce a urmat. Acestea au pricinuit moartea lui N. P. şt în urma cererei soţiei victimei se acordă cu începere de la 3 Iulie 1913 pensie de 19.40 lei (plus 40 p. scumpete) până la remăritiş sau moarte. (Dos. No. 39/914).

OBS. III.— Petre R. Dumitru în vârstă de 18 ani ajutor distilator la fabrica de petrol dela Ploeşti Soc. Anon. „Astra", în ziua de 21 Noembrie 1921 pe când era în lucru, trecând pe lângă casa pompelor de rafinat a căzut într'un şanţ pricinuindu-i contuzie genuchiului siâng. Din cauza acestui accident victima a făcut o coxo-tuberculoză stângă şi o artită tuberculosă a genuchiului stâng cu un abces rece.

In urma cererei accidentatului şi având în vedere actul medical, invaliditatea lui P. D. a fost evaluată 60% din incapacitatea totală de muncă.

Asociaţia patronală se obligă de a plăti renta de 80 lei lunar (plus 96 p. scumpete).

OBS. IV. — Petre I. Căpraru. în vârstă de 20 ani, muncitor la întreprinderea „Româno-Americană", soc. anonimă petroliferă. in ziua de 23 Februarie 1920 pe când punea ciment la nişte ţevi la o înălţmime de 1.20 m. S'au rupt scândurile din schelă şi victima căzând jos a avut o contuzie şi tumefacţie considerabilă a genunchiului stâng. Din cauza acestui accident victima a prezintat acum în urmă o tumoară albă a genunchiului stâng, fistulizată şi a suferit amputaţia coapsei stângi în terţul inferior.

In urma cererli făcute de victimă, comisiunea găseşte că puterea de muncă a lui P. C. este micşorată cu 75% şi renta ce se cuvine este 100 lei lunar (plus 160 pentru scumpete) pe baza salariului anual de 2400 lei şi incapacitate 75%. (Dos. 122/920).

OBS. V. — Zaharia Nichifor, în vârstă de 48 ani, muncitor la soc. pentru industria metalurgică, în ziua de 29 Iulie 1914 pe când îndrepta o ţeavă, ciocanul cu care lucra i-a scăpat şi l'a lovit la gleznea piciorului stâng, pricinuindu-i o contuzie a piciorului.

Din cauza acestui accident a prezintat un abces care a supurat şi a

rămas cu o fistulă profundă care supurează continu cu scurgeri purulent fetide.

Având în vedere urmările accidentului, comisiunea găseşte că capacitatea de muncă a lui Z. N. este micşorată cu 50%.

Renta acordată cu începere dela 23 Ianuarie 1915 este 33.35 pe lună, (plus 73.50 pentru scumpete). Accidentatul ne fiind mulţumit, a făcut apel care a fost respins.

OBS. VI. — Apostolescu Gh. în vârstă de 18 ani, salahor în întreprinderea „Steaua Română", soc. anonimă pentru industrie de petrol, pe când lucra la săpatul unui şanţ s'a lovit cu târnăsopul în mâna dreaptă. In urma acestui accident. victima a rămas cu tumefacţia şi auxiloza întregei labe a mânei drepte cu traecte fistuloase, cu osteoperiostită tuberculoasă a metocarpienilor I, II. III a mânei drepte.

Ţinând seamă de urmările aecidentului, comisiunea găseşte puterea de muncă a lui A. Gh. micşorată cu 50% şi adordă renta de lei 66.70 pe lună, plus 73.5 pentru scumpete (pe baza incapacităţii de muncă 50%) şi salariul asigurat de 2400 lei. (Dos. 246/925).

OBS. VII. — Lascu Gheorghe, în vârstă de 22 ani. ajutor cazangiu în fabrica „Vulcan", în ziua de 19 Septembrie 1921 ridicând cu macaraua împreună cu mai mulţi lucrători o coloană de benzină, rupându-se coza dela lanţ şi lanţul căzând, l'a lovit în umărul drept pricinuindu-i o fractură deschisă în tertul superior al braţului.

In urma acestui accident victima a rămas cu un calus mare dureros traecte fistuloase cu eliminare de sechestre osoase la nivelul fracturei.

Ţinând seama de urmările accidentului şt de vârsta victimei comisiunea găseşte că puterea de muncă a lui L. Gh. s'a micşorat cn 25% şi renta ce se cuvine este 33,35 lei (plus 16,70 p. scumpete lunar (Dos. No. 276/922).

OBS. VIII. — Dnmitru Vasile în vârstă de 39 ani, muncitor la gara Ploeşti la întreprinderea Inginer Ionescu, în ziua de 15 Ianuarie 1915 pe când se afla la lucru la o construcţie şi când trecea pe lângă un motor a fost apucat de roata motorului şi izbit grav la genuchiul stâng pricinuindu-i contuzie forte cu ruperea ligamentelor rotuliene. In urma acestui accident victima a făcut o artrită supurată cronică de natură tuberculoasă şi consecutiv o septicemol din care cauză a sucombat. Având în vedere să victima a murit din cauza complicaţiunilor traumatizmului accidental ce a suferit, comisiunea acordă văduvei pensie de 31.70 lei lunar (plus 60 p. scumpete) până la remăritiş sau moarte. Copiilor Alexandrn, Ilinca, Maria şi Nicolae D. Vasile o pensie globală de 31.70 lei lunar până la îndeplinirea vârstei de 16 ani. (Dos. No. 17/916).

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUZIUNI

1) Din studiile anatomo-clinice s'a stabilit în mod precis că reacțiunea la tuberculină este din ce în ce mai frequentă cu cât etatea înaintează, așa că la omul sănătos tuberculoza latentă există în proporție de la 10% până la 80% între 1—18 ani — apoi la adulți crește până la 97%.

2) Anatomo-potologiștii au stabilit că găsesc pe cadavre cari provin de la bolnavi sucombați de diferite boale, tuberculoza cicatrizată (cretificația s'au forma fibroasă), sau latentă în proporție până la 90—95% la adulți.

3) Traumatizmul găsește dar o stare de baciloză latentă a organizmului și poate localiza tuberculoza la nivelul regiunei traumatizate.

4) Asteo-artritele tuberculoase apar în general în urma traumatizmelor mici și mai des repetate.

5) Traumatizmele consecutive accidentelor de muncă nu pot crea nici odată tuberculoza, o pot numai localiza, agrava sau generaliza.

6) Din amauneza accidentatului și din cercetarea amănunțită clinica se poate afirma dacă leziunea tuberculoasă este datorită accidentului.

7) In asemenea cazuri de producere a unei leziuni tuberculoase, sau a agravării unei leziuni preexistente, ori dacă occidentatul a sucombat prin complicațiuni cari fără de accident nu ar fi apărut, se acordă conform legei asigurărilor sociale rentă calculată proporțional pentru încapacitatea de muncă, sau pensie soției și minorilor.

Văzută și bună de imprimat

Președintele tezei: Decanul Facultății:

Prof. Dr. Minovici Mina **Prof. Dr. Thoma Ionescu**

Scanned with OKEN Scanner

CONCLUSIONS

1) D'après les études anatomo-cliniques on a etabli precisement que la réaction de la tuberculine est de plus en plus fréquente avec l'âge ainsi que chez l'homme sain la tuberculose latente exist dans une proportion de 10%-80% entre 1—18 ans, et chezles adultes elle atteint une proportion de 97%.

2) Les anatomo-pathologistes d'autre part ont établi que sur les cadavres provenant des malades succombés par differentes maladies, ils ant trauvé la tuberculose cicatrisée (cretification au forme fibreuse) ou latente, dans une proportion de 90—95% chez les adultes.

3) Le traumatism trauve ainşi un êtat de bacillose latente de l'organisme et peut localiser la tuberculose au niveau de la région traumatisée.

4) Les osteo-artrites tuberculeuses apparaissent en général à la suite des traumatismes petits et souvent reppétés.

5) Les traumatismes consecutives aux accidents du travail ne peuvent jamais crêer la tuberculose, ils peuvent seulement, la localiser, l'agraver on généraliser.

6) De l'anamnèse de l'assuré, accidenté et d'après les recherches cliniques detaillées on peut préciser si la lésion tuberculeuse est causée par l'accident.

7) Dans de parles cas de production d'une lesion tuberculeuse, ou agravation d'une lesion preexistente, ou bien quand l'accidenté a succombé à cause des complications, lequelles sans l'accident ne pouvaient, pas se produire, on acorde conformement á la loi d'assureuces sociales une rente proportionelle, calculée pour l'incapacité du travail, ou bien une pension à la femme et aux enfants mineurs.

Vue et bonne à imprimer

Le président de la thèse: **Prof. Dr. M. Minovici**

Le doyen de la Faculté **Prof. Dr. Thomas Ionnesco**

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE

Auguste Broca. — Tuberculose chirurgicale.
A. Le Dentu et Pierre Delbet. — Arthrites tuberculose.
S. Duplay Paul Reclus. Traité de chirurgie.
Paul Reclus. — Clinique et critique chirurgicale.
O. Lannelongue. — Clinique et critique chirurgical.
S. Brandry. — Elements du phatologie chirurgicale generale.
E. Forgue. — Tuberculose oseuse.
Kirmisser. — Reclus Peyrant et Bouilly. Pathologia externe.
A. B. Marfan. —. Les enseignements de la cuti-reaction (La presse médicals No. 102/923).
Archives generales de chirurgie, 1920.
Imbert oddo et Chavernac. — Evaluation des incapacités.
E. Forgue et E. Ieanbran. — Guide pratique du medeçin dans les accidents du travail.
P. Brouardel.—Les blessures et les accidents du travail.
T. Thoinot. — Les accidents du travail et les affections medicales d'origine traumatique.
Dr. Gh. Vibert.—Les accidents du travail.
Gustave Ollive et Henri le Meignen.— Traité médico-legal des accidents du travail.